

AGGRESSION IN DER ZWANGSNEUROSE

Beate Rudolph

1973



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554601_0024

AUS DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK UND POLIKLINIK
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof.Dr.med. H. Hippus

AGGRESSION IN DER ZWANGSNEUROSE

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und

einer Hohen Medizinischen Fakultät

der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Beate Rudolph

aus Heidelberg

München 1972

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität
München

Referent:	Prof. Dr. H. DIETRICH
Korreferenten:	Prof. Dr. H. HIPPIUS Prof. Dr. S. ELHARDT
Dekan:	Prof. Dr. W. SPANN

Datum der mündlichen Prüfung: 27. 3. 1973



Disposition

	Seite
1. Einleitung	1
2. Hauptteil	2
2.1. Ursprung der Aggression	2
2.2. Definition der Aggression	6
2.3. Theorie der Zwangsneurose	10
2.4. Untersuchungsmaterial und -methode	12
2.5. Ergebnisse und Diskussion	14
2.5.1. Krankengeschichte Anna O.	16
2.5.2. Krankengeschichte Paula S.	31
2.5.3. Krankengeschichte Kreszenz R.	52
2.5.4. Krankengeschichte Brigitte P.	62
2.6. Vergleich und Zusammenfassung der Einzelergebnisse	76
2.7. Schlußfolgerungen	81
3. Schluß	83
3.1. Zusammenfassung	83
3.2. Literaturverzeichnis	85
3.3. Lebenslauf	96

1. Einleitung

Seit etwa fünfzehn Jahren häufen sich die Publikationen aus Humanwissenschaften und Verhaltensforschung zum Thema "Aggression" (121) offenbar direkt proportional der zunehmenden Bedrohung des Menschen durch ABC-Waffen, Hunger und Überbevölkerung. Verwahrlosungserscheinungen bei Jugendlichen in "hoch" entwickelten Zivilisationsformen, Anwachsen der Kriminalität und Brutalität, anhaltende Rassendiskriminierung, Völkermord, usw. fordern zu theoretischer Erklärung und Erarbeitung therapeutischer Modelle heraus. Dabei umkreist öffentliche Diskussion wie psychologische, anthropologische, soziologische, ethologische, politologische und futurologische Forschung vor allem die Frage nach Wesen und Ursprung der Aggression: Ist unter Aggression ausschließlich Destruktivität zu verstehen oder aber - im Sinne des ad-gredi - Aktivität schlechthin? Ist ihre Quelle ein Instinkt, ein Trieb, dem wir als Mitgift des Schicksals ausgeliefert sind, den wir allenfalls kanalisieren, modifizieren können, oder haben wir sie als auf frustrierende Umwelteinflüsse reaktives Verhalten aufzufassen, das also unter veränderten Umständen vermeidbar wäre?

Es kann nicht Aufgabe der vorliegenden Untersuchung sein, den Meinungsstreit über Aggression zu schlichten; als Grundlage einer vorläufigen Begriffsbestimmung werden die wichtigsten Thesen referiert. Vielmehr bezieht sie ihre Fragestellung aus der Auseinandersetzung innerhalb der Psychiatrie, speziell der Psychoanalyse um den Stellenwert der Aggression in Genese, Struktur und Symptomatik der Neurose.

Hatte S. FREUD die Neurose vornehmlich als Ausdruck gestörter Sexualität aufgefaßt (47), so haben sich die Gewichte in neuerer Zeit zugunsten der Rolle der Aggression im neurotischen Konflikt verschoben. Inwieweit dies gerechtfertigt scheint, soll in sechs Dissertationen über Aggression bei paronoiden, depressiven, angstneurotischen, zwangsneurotischen, hysterischen und zum Vergleich bei "gesunden" Frauen untersucht werden. Die vorliegende Darstellung beschreibt Aggression in der Zwangsneurose.

2. Hauptteil

2.1. Ursprung der Aggression

Beim Versuch, einen Überblick über die unterschiedlichen Modellvorstellungen zur Herkunft der Aggression zu geben, sollen ältere philosophische Anschauungen (KANT, NIETZSCHE, SCHOPENHAUER, HOBBS), auch DARWINS Theorie vom "Kampf ums Dasein", die Konzepte von MARX-ENGELS unberücksichtigt bleiben. Nach SELG (121) darf der Beginn der systematischen Aggressionsforschung auf den Beginn des XX. Jahrhunderts datiert werden.

1908 postulierte A. ADLER (3) einen eigenständigen von den sog. "Primärtrieben" (Sexual-, Eß-, Trink-, Schautrieb etc.) abzugrenzenden Aggressionstrieb, dessen Funktion die "Erkämpfung von Befriedigung" für die Primärtriebe sei. Er müsse insofern als "ursprünglich feindselig" angenommen werden, als sich ihm Hindernisse der Außenwelt und ein "angeborenes Gemeinschaftsgefühl" entgegen stellen. Später, 1927, (4) ersetzte ADLER den Begriff des Aggressionstriebes durch den eines nicht mehr an der Realität sich orientierenden sondern auf fiktive Ziele der Überlegenheit gerichteten "Machttriebs".

Die Anregungen ADLERS haben in der psychologischen Auseinandersetzung über die Aggression wenig Beachtung gefunden, dagegen sind die Theorien S. FREUDS bis heute als Diskussionsgrundlage von Psychoanalytikern, Vertretern der Lernpsychologie und Verhaltensforschung aufgegriffen worden, wobei vor allem der "Todestrieb" Gegenstand heftigster Kontroversen blieb (vergl. BRENNER, 24; GARMÄ, 64; GILLESPIE, 67; ROSENFELD, 114). Zunächst allerdings war FREUD von der Annahme eines Aggressionstriebes nicht zu überzeugen; 1905, in den "Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" (46), der ersten zusammenfassenden Darstellung seiner Trieblehre, verstand FREUD die Aggression als Bestandteil der biologisch begründeten prägenitalen Sexualtriebe. Den Sadismus deutete er als Verselbständigung einer "aggressiven Komponente des Sexualtriebs" auf der Stufe der "anal-erotisch-sadistischen Organisation" der Libidoentwicklung.

Auch in der zweiten Fassung seiner Triebtheorie (1914/15) "Triebe und Trieb-schicksale" (54), "Zur Einführung des Narzißmus" (53) billigte FREUD der Aggression noch keine eigenständige Rolle zu; er ordnete sie vielmehr den Ich- oder Selbst-erhaltungstrieben unter, die er den Es- oder Sexualtrieben gegenüberstellte: Die

Grundkraft der Ichtriebe ist das Streben nach Selbsterhaltung. Diesem Streben ist eine erhebliche Menge Aggression beigemischt. "Das Ich haßt, verabscheut, verfolgt mit Zerstörungsabsichten alle Objekte, die ihm zur Quelle von Unlustempfindungen werden, gleichgültig ob sie ihm eine Versagung sexueller Befriedigung oder der Befriedigung von Erhaltungsbedürfnissen bedeuten. Ja man kann behaupten, daß die richtigen Vorbilder für die Haßrelation nicht aus dem Sexualleben, sondern aus dem Ringen des Ichs um seine Erhaltung und Behauptung stammen." (54, S. 230.)

Klinische Beobachtungen (unlösbarer Widerstände in der Analyse, aggressive Phantasien und Todeswünsche, schwere Formen der Depression), insbesondere aber die Erfahrungen des Ersten Weltkriegs veranlaßten FREUD, seine Deutung der Aggression als vorwiegend reaktiv und den Sexual- oder Ichtrieben untergeordnet zugunsten der Hypothese eines selbständigen "Todestriebs" zu revidieren ("Jenseits des Lustprinzips", 1920, 56). Als Gegenspieler des Eros, der Gesamtheit aller libidinösen Strebungen, habe der Todestrieb die Aufgabe, das Organische in den leblosen Zustand zurückzuführen. Als psychische Repräsentanzen definiert FREUD den "Primären Masochismus" und den "Ursadismus", i. e. diejenigen Anteile des Todestriebes, die zur Vermeidung direkter Befriedigung, der Selbstvernichtung, nach außen gewendet und über die Muskulatur als Aggressions- oder Destruktionstrieb abgeleitet werden.

Die früh einsetzende Kritik (CARUSO zit. n. BRUN 25) nahm vor allem am spekulativen Moment der Todestriebhypothese Anstoß; FREUD selbst hatte auf ihren metapsychologischen Aspekt hingewiesen ("Selbstdarstellung", 58). Nur wenige Autoren (M. KLEIN, A. FREUD, 42) haben an der Interpretation jeglicher Aggression als Ausdruck primärer Destruktivität festgehalten.

Auch die von der YALE-Schule erarbeitete "Frustrations-Aggressions-Hypothese" (98) greift auf die psychoanalytische Theorie zurück. Aus einigen Hinweisen in den Schriften FREUDs, wonach bei Hemmung libidinöser Impulse Frustration eintritt, die ihrerseits Aggression provoziert, leitet sie die allgemeine Gesetzmäßigkeit ab: "Frustration ruft Erregungen zu einer Reihe verschiedener Reaktionen hervor, von denen eine die Erregung aggressiver Tendenz ist." (S. 206.) Die Existenz eines autonomen Aggressionstriebes, der auch ohne Frustrationsbedingungen sich äußert, wird weder in diesem Schema noch in anderen Arbeiten des Behaviorismus und der

experimentellen Psychologie thematisiert (FRENCH 1952, 40; SCOTT 1958, 120; BUSS 1961, 26; BERKOWITZ 1962, 13; SELG 1968, 121). Von diesen Forschungsrichtungen unabhängig vertreten u. a. KUNZ (1946, 85), BRUN (1949, 25) und KUO (1961, zit. n. 125) die reaktive Natur der Aggression. Aus soziologischer Perspektive sieht PLACK (108) aggressives Verhalten ausschließlich durch "Frustration vitaler Triebe" einer "sexual- und leibfeindlichen Konkurrenz- und Leistungsgesellschaft" bedingt.

Die Mehrzahl der Autoren hält jedoch alternative Lösungen für ausgeschlossen und vermutet eine "konstitutionelle Aggressionsbereitschaft" des Menschen, die durch spezifische kulturelle Umstände geweckt oder ausgeschaltet werden kann (8). "Die Annahme einer doppelten Determiniertheit aggressiven Verhaltens - endogen und kulturell - liegt nahe." (A. MITSCHERLICH 105, S. 465). Dabei variiert allerdings die Akzentuierung des spontanen bzw. reaktiven Anteils aggressiver Reaktionsbereitschaft, und entsprechend werden die Möglichkeiten, Aggression zu steuern, skeptisch oder optimistisch beurteilt.

Die Verhaltensforschung (LORENZ 93, EIBL-EIBESFELD 35) unterstreicht den spontanen Charakter intraspezifischer Aggression als eines "angeborenen Instinktverhaltens" mit wertneutraler arterhaltender Funktion. Es kann durch "angeborene Auslösemechanismen" in Gang gesetzt werden, ist jedoch auf die äußeren Reize nicht angewiesen. Sein biologisches Korrelat, eine "zentralnervöse Erregungsproduktion", drängt zum spontanen Hervorbrechen und veranlaßt das Tier zum sog. "Appetenzverhalten", d. h. aktive Gelgenheit zu suchen, um die "triebverzehrende Endhaltung" (CRAIG zit. n. 8) ablaufen zu lassen.

Reaktive Aggression entwickelt sich, wenn die Ableitung aggressiver Triebspannung in motorische Handlung blockiert und damit die Schwellenwerte für auslösende Reize erniedrigt werden. Diese Bedingung erfüllt sich für den Menschen in Anforderungen des gegenwärtigen Gesellschaftslebens: Vergrößerung der Sozietäten, Überfüllungsphänomene und Tabuierung aggressiver Strebungen (LORENZ 93, S. 372).

Der Umschlag von Aggression in die Art schädigende Destruktion wird beim Tier - so LORENZ - durch die "Tötungshemmung" verhindert: Demuts- oder Drohgebärden, die sich aus Aggressionsbewegungen durch "Ritualisierung" zu "autonomen Instinktbewegungen" entwickelt haben. Beim Menschen sei diese Hemmung mit dem

Gebrauch der ersten Waffen außer Kraft gesetzt worden.

Auch psychologische und psychoanalytische Forschung postuliert aufgrund von Verhaltensbeobachtungen an Kindern einen spontan sich äußernden Aggressionstrieb mit positiver Funktion: SCHULTZ-HENCKE rechnet das "aggressive Antriebserleben" zu den "autochthonen Grundtrieben" (119), die der Bewältigung der Umwelt dienen; RIEMANN unterscheidet Libido als Bedingung der Kommunikation von Aggression als Grundlage für die Individuation (zit. n. 36); auch STORR (125) und WINNICOT (zit. n. 125) betonen die Rolle aggressiver Impulse im Streben des Kindes nach Unabhängigkeit und Eigenständigkeit.

Im Unterschied zu diesen Theorien, wonach feindselige Aggression als Reaktion auf traumatisierende Umweltreize entsteht (vergl. auch LOCH 91), hypostasiert LANTOS (87) zwei voneinander unabhängige genetische Ursprünge der Aggression: Aktivität als Derivat der selbsterhaltenden Beute-Aggression neben zerstörender Aggression als Fortsetzung von Rivalitäts-Aggression im Dienst der Sexualität.

H. HARTMANN (zit. n. 87) führt Aktivität, "primär neutralisierte Aggression" aus der nicht defensiven konfliktfreien Ich-Sphäre, auf Aggression im Sinn des FREUDschen Todestribs zurück. Ebenso vertritt A. MITSCHERLICH (100, 102) die Auffassung, daß in der ontogenetischen Beziehung zwischen Aktivität und zerstörerischer Aggression die Destruktivität als das Primäre angenommen werden muß. Ein triebgespeistes, in "inneren Stimulierungen" wurzelndes Geschehen, entwickelt sie sich in Analogie zur Sexualität nur unter günstigen Umständen von der "ungekannnten Aggressivität" zu "ziel- und sachgerechter Aktivität". Im Fall frustrierender Umweltbedingungen wird sie als - reaktiv verstärkte - Feindseligkeit persistieren. Die schädigenden Einflüsse sieht MITSCHERLICH nicht allein im individuellen Fehlverhalten von Erziehungspersonen, sondern ebenso sehr in "der Überschichtung gesellschaftlicher Anpassungsforderungen" repräsentiert. Daß "Repression in der Gesellschaft im Überfluß" für den Einzelnen die Bedeutung "traumatischer Extremsituationen" gewinnen kann, wird auch von HORN (77) und H. MARCUSE (95) unterstrichen.

Zusammenfassend sei festgehalten, daß trotz der zahlreichen fruchtbaren Analysen von Entstehungsbedingungen der Aggression das "Problem des Ursprungs der Aggressivität sowie ihrer eventuellen Entwicklungsphasen vorläufig noch als um-

stritten gelten muß" (x₁ Ch. BÜHLER, zit. n. DENKER 29, S. 82); insbesondere der hypothetische Charakter des Triebbegriffs muß betont werden: "Der Triebbegriff ist ein Ordnungsmodell, das uns das Verständnis von Sequenzen des Verhaltens erleichtern soll. Der einzelne Trieb ist eine begriffliche Abstraktion, denn im Leben kommt Aggression ebenso wenig wie Libido selbständig vor." (A. MITSCHERLICH 104, S. 11.)

2.2. Definition der Aggression

Versuche, Aggression zu definieren sind ebenso uneinheitlich, wie Theorien über ihre Quelle. Eine umfassende und differenzierte Darstellung findet sich bei SELG (121); an dieser Stelle seien nur die grundsätzlichen Modelle zur Begriffsbestimmung von Aggression referiert.

Von der experimentellen Psychologie und behavioristischen Schulen erarbeitete Definitionen verstehen Aggression als "reinen Verhaltensbegriff". So formulierten DOLARD et al.: "aggression is a sequence of behavior, the goal-response which is the injury of the person toward whom it is directed." (30.) BUSS beschreibt Aggression unter Ausklammerung der Intention als Verhalten, das Schaden, Verletzung oder Schmerz zufügt (26). Ähnliche Definitionen geben BERKOWITZ (13) und MERZ (97). Dabei bleiben die Aggression begleitende "Affekte" (HEISS zit. n. 121) wie "anger" und "hostility" (BUSS 26, 27), "Wut" (MERZ 97), "Feindseligkeit" (SELG 121) unberücksichtigt, ebenso "motivationale Konstrukte" (SELG). Auch soll der Aggressionsbegriff von der "Konnotation des Bösen" (SELG) befreit und keinesfalls auf jegliche menschliche Aktivität ausgedehnt werden.

Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen definiert SELG (121): "Eine Aggression besteht in einem gegen einen Organismus oder ein Organismussurrogat gerichteten Austeilen schädigender Reize. Eine Aggression kann offen (körperlich, verbal) oder verdeckt (phantasiert), sie kann positiv (von der Kultur gebilligt) oder negativ (mißbilligt) sein." Der Begriff 'Aggressivität' bezeichnet im Unterschied zur 'Aggression', die nur die einzelne aggressive Handlung umfaßt, eine "relativ überdauernde Bereitschaft zu aggressivem Verhalten." Weniger eng gefaßte Definitionsversuche finden sich bei BANDURA & WALTERS (11), MANDEL (94), FESHBACH (38), insofern als Umschreibungen wie "instrumentelles Verhalten", "Werkzeugcharakter der Aggression", "Aggression ist Ausdruck expansiv-dominanter Stre-

bungen und des Kontaktbedürfnisses" den Bereich der Aktivität miteinschließen.

Noch umfassender erscheinen Begriffsbestimmungen auf der Basis psychoanalytischer und ethologischer Theorie. Die Forderungen lernpsychologischer Ansätze, den Aggressionsbegriff von motivationalen Hypothesen freizuhalten, kann hier allerdings nicht mehr erfüllt werden. So versteht KELLY (zit. n. 121) unter Aggression "jede aktive Ausarbeitung des Wahrnehmungsfeldes"; HARTMANN et al. subsumieren die gesamte Aktivität unter Aggression, wenn sie Aktivität als primäre neutralisierte Sublimierungen von Aggression interpretieren (72). Auch SCHULTZ-HENCKE (117), Aggression von 'ad-gredi' ableitend, differenziert im Begriff des "aggressiven Antriebserlebens" nicht zwischen Aktivität und Aggression im Sinn der Lernpsychologie.

MITSCHERLICH (100) unterscheidet "vorgekonnte Aggressivität", die sich ihrerseits aus ungerichteter, ungezügelter und rücksichtsloser "ungekonnter" Aggression der präödiptalen Phase und schuldhaft erlebter gerichteter Aggression aus dem Aggressionskonflikt der Ödipusphase zusammensetzt, von "gekonnter" Aggression, d. h. ziel- und sachgerechter Aktivität. Die Begriffe Aggression und Aggressivität werden bei MITSCHERLICH nicht differenziert. Die Komplexität des Aggressionsbegriffs der Verhaltensforschung (LORENZ, 93) - Aggression ist ein "arterhalten-des Instinktverhalten" - wurde eingangs umrissen.

ELHARDT (36) hat in Anlehnung an die Neopsychoanalyse eine Definition vorge-schlagen, die m. E. für den zu untersuchenden Zusammenhang von Aggression und Zwangsneurose fruchtbar ist. Ausgehend von der grundsätzlichen Unterscheidung zwischen 'gesunder' und 'neurotischer Aggression' definiert er gesunde Aggression "von ihrem jeweiligen inneren Triebziel gegenüber dem Objekt" einschließlich des begleitenden Affekts in drei Formen:

"a) aktiv-spontane (vermutlich endogene) Aggression ohne subjektive Feindseligkeit: Objekt soll erreicht, handhabbar und bemeistert werden. (Hervorhebungen von ELHARDT).

b) re-aktive defensive Aggression mit Feindseligkeitsanteil als Angstabwehr: Objekt soll als provokant schädigend zurückgewiesen werden.

c) (ursprünglich vermutlich re-aktive) aktiv-destruktive Aggression mit überwiegender und subjektiv intendierter Feindseligkeit und Zerstörungstendenz: Objekt soll verletzt, beseitigt oder gequält werden mit "sadistischer" Lust als Selbstzweck. " (S. 178.)

Im Unterschied zu SELG, der "Aggressivität" als allgemeine Bereitschaft zu aggressivem Verhalten definiert, rechnet ELHARDT sie zu den speziellen Formen neurotischer Aggression: "Aggressivität sehen wir klinisch als einen passageren Zustand oder aber als chronische Charakterhaltung voll gespannter quasilauernder Aggression, in der weder eine reife Anpassung geglückt ist, noch die preisgebende Unterwerfung akzeptiert wird." (S. 180.)

Vergleicht man den o. g. Katalog mit den Begriffsbildungen experimenteller Psychologie, so imponiert - unter Berücksichtigung der einschränkenden Prämissen des Behaviorismus - die Ähnlichkeit zwischen ELHARDTs dritter Form der Aggression und der Definition als Verhalten, das auf "Zufügen von Schaden, Verletzung und Schmerz gerichtet" ist (BUSS 26; SELG 121). Gleichermäßen erhellet die unnötige, falsche Vereinfachung, die von lernpsychologischer Seite vorgenommen wird. Denn eliminiert man "jedes adiente Verhalten" (SELG) aus der Definition, so muß die gesamte "aggressive Komponente" des Aktivitätsbegriffs vernachlässigt bleiben, und die Interdependenzen zwischen aktiver Umweltbewältigung und feindseliger Umweltvernichtung, zwischen Aggression und Frustration können in ihrer Komplexität nicht erfaßt werden. Auch scheint mir SELGs Versuch, den Aggressionsbegriff, von der "Konnotation des Bösen" zu befreien, also Wertungen zu vermeiden, nicht ohne weiteres realisierbar; impliziert doch der Terminus 'schädigen' immer ein warum und wozu, woraus sich im konkreten Handlungsvollzug zwangsläufig eine Wertung ergibt, selbst wenn man positiv und negativ als "Variablen des kulturellen Umfeldes" (SELG) versteht.

Somit kann die Forderung, möglichst knappe Definitionen zu geben, im Fall des Aggressionsbegriffs nicht erfüllt werden. ELHARDTs Unterscheidung dreier Gruppen aggressiven Verhaltens, die diesem Problem Rechnung trägt, soll daher im folgenden als begriffliche Grundlage verwendet werden. Hingegen kann SELGs Aufschlüsselung aggressiver Phänomene in

- körperliche, verbale und phantasierte,
- direkte und indirekte Aggression,
- Aggression gegen Menschen, Tiere, leblose Objekte,

ferner seine Differenzierung der Feindseligkeit in Ärger, Wut, Ressentiment, Mißtrauen, Negativismus und Haß zur Analyse der Aggression in der Zwangsneurose herangezogen werden.

Im einzelnen werden wir also nach folgenden Ausprägungen von Aggression in der Zwangsneurose zu suchen haben:

1. Aktiv-spontane Aggression ohne subjektiven Feindseligkeitsanteil:
 - allgemeines Neugierverhalten, Unternehmungslust, Tätigkeitsdrang
 - offene Artikulierung von Bedürfnissen, Wünschen
 - aktive Zuwendung zu Beziehungspersonen, Kontaktsuche
 - Versuch, Objekte der Umwelt zu erreichen, zu handhaben, zu bemeistern; Versuch, die Umwelt selbständig zu verändern
2. Reaktiv defensive Aggression mit Feindseligkeitsanteil:
 - allgemeine Abwendung von Objekten der Umwelt und Beziehungspersonen: oppositionelles Verhalten, Trotz, Eigensinn, Mißtrauen, Ressentiment
 - "panikgetriebene aggressive Flucht nach vorn" (ELHARDT)
3. Aktiv-destruktive Aggression mit überwiegender und subjektiv intendierter Feindseligkeit:
 - aktive willkürhafte Zerstörung von Objekten der Umwelt
 - Verletzen, Schädigen, Quälen, Demütigen von Beziehungspersonen
 - Haß und Rache

Inwieweit diese Formen der Aggression einzeln oder im Zusammenwirken als "neurotisch" oder "gesund" zu qualifizieren sind, läßt sich nur mit Rücksicht auf Alter, soziales Milieu, Entwicklungsgeschichte, Charakter, aktuelle Situation, Gruppenrolle etc. des Patienten entscheiden (ELHARDT, 36). Dagegen können die folgenden ausgewählten Erscheinungsbilder der Aggression ohne weiteres als "neurotisch" gedeutet werden. Wesentliches Unterscheidungskriterium ist hier die - offen zu Tage tretende oder untergründig wirksame - "aggressive Gehemmtheit".

- Totale Aggressionshemmung: neurotische Anpassung, Passivität (Hemmung aller drei Formen der Aggression)
- Selbstaggression: alle aggressiven Impulse werden gegen die eigene Person gewendet
- Aggressivität: Hemmung von 1. , reaktive Verstärkung von 2. und 3. , die jedoch nicht gelebt, allenfalls verbalisiert wird, meistens in der Phantasie verbleibt
- Hyperaktivität: Kompensatorische Verstärkung von 1. aufgrund allgemeiner

aggressiver Gehemmtheit

- "Identifikation mit dem Angreifer" (A. FREUD, 41): Hemmung von 1., Verstärkung von 2. "Flucht nach vorn"

- chronische Aggressivität aufgrund überrennender Willkürimpulse: insbesondere Verstärkung von 3.

2.3. "Wesen und Mechanismus der Zwangsneurose" (FREUD 45)

Ältere Darstellungen der Zwangsneurose als Denk- und/oder Affektstörung (KRAFFT-EBING, GRIESINGER, WESTPHAL, FRIEDMANN, LÖWENFELD, E. BLEULER, KRAEPELIN, K. SCHNEIDER et al., zit. n. 106) dürfen heute als überholt gelten, da sie sich darauf beschränken, Zwangsphänomene zu beschreiben und zu klassifizieren. Erst der psychoanalytischen Forschung gelang es, Erklärungsmodelle anzubieten, Psychogenese und -dynamik zu durchleuchten und therapeutische Wege zu eröffnen.

Der neurotischen Erkrankung liegt nach FREUD ein Konflikt zwischen Trieben und psychischen Strukturen zugrunde. "Unter dem Einfluß des Über-Ich versucht das Ich bestimmte unleidliche Triebansprüche abzuwehren." (57) Zum Ausbruch einer Neurose mit psychoneurotischen Symptomen kommt es nur, wenn es dem Ich nicht mehr gelingt, den Konflikt durch Triebaufschub, Umweltgestaltung, Sublimierung oder "primäre Abwehr" (FREUD 45) zu bewältigen. Diese Bedingung erfüllt sich in der "traumatischen Situation" (51), einer äußeren Versagung, die sich aus "einer Unvereinbarkeit von Realitätserfordernissen und triebhaften Bedürfnissen ergibt" (55, S. 372), oder der inneren Versagung, dem Konflikt zwischen Ich und unter dem Gebot des Über-Ichs bzw. Ich-Ideals mißbilligten Es-Ansprüchen (ebd.). Die in jedem Fall sich aufstauende Triebenergie fällt auf frühere Stufen der Triebentwicklung zurück: es findet eine "Libidoregression" statt.

Welche Form der Neurose sich im Einzelfall entwickelt, die "Neurosenwahl" wird bestimmt durch die Entwicklungsstufe, auf der die Libido fixiert wurde. Die in der Libidofixierung gegebene Disposition zur Neurose ist ihrerseits bedingt durch "die primäre Triebstärke", sowie Früherfahrungen des Kindes im Umweltbezug: extreme Triebbefriedigung oder -versagung. Meistens entwickeln sich Fixierungen als Folge eines nicht gelösten Ödipuskomplexes, so daß in der traumatischen Situa-

tion die Libido auf präödpale Stadien regrediert, die Partialtriebe reaktiviert werden und das Erscheinungsbild der Neurose bestimmen. Parallel zur Triebregression regredieren auch die Ich-Funktionen, die Triebmischung wird aufgehoben, destruktive Regungen weitgehend aus ihrer Bindung an Libido gelöst.

Bei der Zwangsneurose wurde die Libido unter dem Einfluß exzessiver Triebversagung oder -befriedigung während des zweiten bis dritten Lebensjahres an die anal-erotisch-sadistische Phase der Triebentwicklung fixiert (50). Reaktiv entwickeln sich in "einer Periode scheinbarer Gesundheit" die "primären Abwehrsymptome" Gewissenhaftigkeit, Scham und Selbstmißtrauen, Ordentlichkeit, Sparsamkeit und Eigensinn als typische zwangsneurotische Charakterhaltungen (45). Wird diese Abwehr, wie oben geschildert, durchbrochen, so kehrt die Libido zur narzißtischen Objektbesetzung zurück: Identifikation und Projektion werden zur bevorzugten Objektbeziehung, das Ich regrediert auf die Stufe des magischen Denkens, Sadismus und Masochismus treten unvermischt auf, die kindliche Ambivalenz setzt erneut ein (59). Das dem Zwangsneurotiker eigentümliche strafende Über-Ich errichtet gegen die mobilisierten anal-sadistischen Regungen neue Formen der Abwehr; Isolierung von Affekt und Vorstellung, Rationalisierung und Ungeschehen-Machen. Sie sind die unbewußte Basis der neurotischen Symptome (59).

Die "sexuellen Triebkräfte" wertet FREUD nicht als pathogenetischen Faktor unter anderen, sondern hält sie "für den einzig konstanten Anteil und die wichtigste Energiequelle der Neurose" (46). "Die Symptome . . . sind die Sexualbefriedigung des Kranken."

Berücksichtigt man aber, daß FREUD später von Trieben als von "intellektuellen Hilfskonstruktionen" spricht, die, "scharf zu sehen, er niemals sicher sei", von der Trieblehre als "unserer Mythologie" (60), so darf man annehmen, daß ihm die ausschließliche Rückführung der Neurose auf Störungen der Sexualität mehr ein methodologisches Problem als reale Gegebenheit war. In der Zwangsneurose hat er Feindseligkeit, Haß, Grausamkeit beobachtet und beschrieben (45, 52), nur konnte er sich damals nicht entschließen, einen eigenständigen Aggressionsbegriff zu formulieren. Ihre Bedeutung trat damit zwangsläufig in den Hintergrund.

Bei anderen Autoren der jungen psychoanalytischen "Bewegung" finden wir die Rolle der Aggression in der Zwangsneurose stärker akzentuiert: JONES erscheint

"das Zusammentreffen von aggressiven Regungen in Form von latentem Haß, Grausamkeit und analen Zügen" als wesentlichstes Kennzeichen der Zwangsneurose (zit. n. SCHWIDDER, 119), STEKEL sieht den Zwangsneurotiker "von tiefem Haß erfüllt" (123), ABRAHAM beobachtete eine extreme Aggressionshemmung (2), ADLER deutet die Zwangsneurose als "Streben nach Überlegenheit auf dem Boden der Angst vor Entschleierung der eigenen Minderwertigkeit" (5), wobei der Begriff des "Machtstrebens" mit dem des Aggressionstrieb gleichgesetzt wird. Die Darstellung BINDERS lehnt sich weitgehend an FREUDsche Gedanken an (16).

In späteren psychoanalytisch orientierten Arbeiten wird die Rolle der Aggression in der Zwangsneurose ohne Ausnahme hervorgehoben: A. FREUD 1946 (41), HORNEY 1951 (78), GEIST 1954 (66), SINGEISEN 1956/57 (122), HERMANN 1960 (76), LOCH 1967 (90), KUIPER 1968 (84), BRÄUTIGAM 1960 (21, 22). Insbesondere die Neopsychoanalyse um SCHULTZ-HENCKE (117), die sich bemüht, Ergebnisse der "klassischen" tiefenpsychologischen Systeme zu integrieren, hat die "Hemmung des aggressiven Antriebserlebens" als Charakteristikum des psychopathologischen Geschehens herausgearbeitet: DÜHRSEN 1954 (31, 34), SCHWIDDER 1954 (118), QUINT 1971 (110).

Demgegenüber stehen daseinsanalytische ausgerichtete Interpretationen, die mit Methoden "reiner Strukturanalyse" (110) die "Welt des Zwangskranken" (v. GEB-SATTEL, 65) zu erhellen suchen. Hier zielt die Fragestellung weniger auf untergründige Triebstörung, Entwicklungsbedingungen, Symbolgehalt der Symptome etc. als auf die Weise, wie die "personale Selbstverwirklichung" des Kranken gestört ist. STRAUS 1938 (126), v. GEB-SATTEL 1958 (65), MÜLLER-ECKHARD 1954 (106), WALTER 1955 (128), LOPEZ-IBOR 1957 (92), GÖPPERT 1960 (69, 70), JASPERS 1965 (82), FORSSMAN 1963 (39), et al..

Wird hier die Zwangsneurose als Ausdruck etwas "unerklärlich anderen" (65) verstanden, kann Aggression wie Sexualität unter Verzicht auf den psychodynamischen Hintergrund nur ausschnittshaft erfaßt werden.

2.4. Untersuchungsmaterial und -methode

Die Untersuchungen wurden in der Zeit vom 1. 3. bis 1. 8. 1970 an vier Patientinnen der Universitäts-Nervenklinik München durchgeführt. Auf eine Auswahl hinsicht-

lich Alter, Familienstand, Beruf, sozialen Status, etc. mußte verzichtet werden. Die Diagnose "Zwangsneurose" wurde von den behandelnden Ärzten übernommen.

Als psychodiagnostische Methode verwendeten wir ausschließlich "instrument-freie Verfahren" (SELG 121): 1. Analyse testfreier verbaler Äußerungen: das psycho-diagnostische Gespräch und 2. direkte Verhaltensbeobachtung.

Nach einem Vorschlag BRÄUTIGAMS (19), der das psychoanalytisch orientierte ärztlich-diagnostische Gespräch hinsichtlich der Initiative des Arztes und Aktivität des Patienten in drei Typen spezifiziert, gebrauchten wir

a) die gezielte Befragung, die Exploration,

b) die weniger strukturierte biographische Anamnese, wobei der Patient "durch allgemein stimulierende Fragen nur angestoßen" und aufgefordert wird, frei zu sprechen,

c) das Interview, das "die locker assoziierende Selbstdarstellung des Patienten einschließlich seines Verhaltens in den Mittelpunkt der Beobachtung stellt."

Die gesamte Untersuchung wurde für jede Patientin auf vier bis fünf Sitzungen verteilt; dabei dauerte das einzelne Gespräch 45 bis 90 Minuten.

Die Möglichkeiten und Grenzen der verwendeten Methode sind von JAKOB (80) sehr prägnant umrissen worden. Erscheint THOMAE das psychodiagnostische Gespräch "in Verbindung mit anderen Methoden für die meisten Erwachsenenstudien grundsätzlich brauchbar", (zit. n. 121), so hält JAKOB die klinisch-psychiatrische Exploration auch heute noch für den "königlichen Weg", da sie "die umfassendsten Auffangmöglichkeiten für psychopathologische Fakten und Faktengefüge" biete. Allerdings unterstreicht er mit KÖNIG (zit. n. 80) die Notwendigkeit, unter dem Diktat "des methodischen Zweifels" verfahrensabhängige Variablen in der Deutung von Ergebnissen zu berücksichtigen. ("The process of production of material refers to the way in which it is produced.") (BIBRING zit. n. 80.) Hierunter sind u. a. die Partnerbeziehung zwischen Arzt und Patient, die "Gebundenheit von Einfall und Aussage an die Untersuchungssituation" und die Gefahr, daß das Gespräch "ins Uferlose abgeleitet" zu verstehen.

"Verfahrensunabhängige Gegebenheiten" sind gleichfalls in eine kritische Deutung einzubeziehen: Die Treffsicherheit des Patienten in der Ausdrucksweise, seine Erfahrung im "Sich-Selbstverstehen in der Krankheit", sein "begrenztcs Vermö-

gen, innere Vorgänge und Erlebnisse bewußt zu machen und in die Sprache zu bringen", die Verwendung gängiger Erklärungsklischees und Denkschemata im Selbstverständnis u. a. m. .

Die Deutung biographischer Fakten mittels psychoanalytischer Theorien muß vom analytisch Ungeschulten mit besonderer Skepsis betrieben werden. Denn wir lernen "immer nur die individuelle Wirklichkeit des Patienten" kennen (RICHTER 112, S. 33), erfahren, "wie sich darin die Umgebung spiegelt". Ob der Reflex die Wirklichkeit real oder verzerrt wiedergibt, muß dabei häufig unentschieden bleiben. Schließlich sei auf die von S. FREUD so bezeichneten "Deckerinnerungen" hingewiesen, Erinnerungen, die ihre "Bedeutung nur dadurch erworben haben, daß sie in assoziativem Zusammenhang mit verdrängten Reminiszenzen standen, die die Disposition zur Neurose erzeugt hatten." (BALLY 10, S. 28.)

Die Fragwürdigkeit biographischer Daten ist damit unterstrichen, wir hoffen aber, die angedeuteten Schwierigkeiten in unserer Untersuchung hinreichend berücksichtigt zu haben.

2.5. Ergebnisse und Diskussion

Den Deutungen der Falldarstellungen wird folgende Gliederung zugrunde gelegt:

A) Ausprägungsformen der Aggression

I. Aggression in aus der Biographie eruierbarem und während der Exploration beobachtbarem Verhalten (aggressive Handlungen, verbalisierte Aggression)

- Aktivität, Initiative (spontan aktiv)
- Verteidigung (reaktiv defensiv)
- Angriff (aktiv destruktiv)

II. Aggression in Erleben (Affekt, Emotion, Wünsche, Phantasien etc.) und Denken

III. Aggression in der Charakterstruktur (habituelle Verhaltensweisen)

- aggressive Haltungen = Reste ungewollter Triebe (SCHULTZ-HENCKE 117)
- aggressive Gehemmtheiten = fixierte Abwehrmechanismen (SCHULTZ-HENCKE ebd.)

IV. Somatische Erscheinungsformen der Aggression

V. Aggression im Zwangssymptom

- Verstärkung von Triebimpulsen
- Verstärkung von Reaktionsbildungen

VI. Aggression im psychosomatischen Symptom

B) Entwicklungsbedingungen und -phasen der Aggression

- I. Konstitutioneller Faktor: ererbte Disposition, Erkrankungen in der Kindheit ("prämorbid Struktur")
- II. Allgemeiner Umweltfaktor: soziokulturelle Verhaltensmuster und Einstellungen
- III. Individueller Umweltfaktor: Stellung des Kindes in der Geschwisterreihe, soziales Milieu, Erziehungsprinzipien und -praktiken der Eltern; Entwicklung der phasenspezifischen Aggression der oralen, analen, phallischen Stufe, in Latenz, Pubertät, Adoleszenz, Erwachsenenalter.
- IV. Unmittelbar auslösender Umweltfaktor: Belastungs-, Versuchungs-, Versagungssituation

2.5.1. Krankengeschichte Anna O. , Krankenblatt-Nr. : 1257/70

Seit ihrem zwanzigsten Lebensjahr leidet die heute 56jährige Anna O. unter der Zwangsvorstellung, einen anderen Menschen umbringen zu müssen bzw. umgebracht zu haben. Bisher sei es ihr gelungen, diese "Angstzustände" - so bezeichnet sie die Zwangsvorstellungen - vor der Umwelt zu verbergen und ihren Beruf als Fürsorgerin, wenn auch mit äußerster Anstrengung, auszuüben. Seit einigen Jahren fühle sie sich dazu immer weniger imstande, so daß sie nun beschlossen habe, ein Gesuch um vorzeitige Berentung einzureichen. Wegen des dafür notwendigen ärztlichen Gutachtens habe sie sich in die Klinik einweisen lassen.

Biographische Anamnese

Übersicht:

1914 in München geboren. Einziges Kind der Eltern nach vierjähriger Ehedauer. Zwei Halbgeschwister aus der väterlichen Erstehe.

Vom 5. bis 7. Lebensjahr mit der Mutter bei einer verheirateten Tante aufgewachsen, ab 1921 in kirchlichem Kinderheim.

1929 Abschluß der Volksschule, Beginn der kaufmännischen Lehre, 1932 bis 1939 Berufstätigkeit als Stenotypistin.

1939 Tod der Mutter.

1940 - 1942 Ausbildung zur Fürsorgerin, ab 1942 Anstellung bei der Stadt München. 1962 Tod des Vaters.

Die häusliche Atmosphäre wurde ausschließlich bestimmt durch die Person des Vaters. Die Patientin bezeichnet ihn als "Choleriker" und "Sadisten". "Er war extrem streng, unbeirrbar und eisern, dabei sehr intelligent und zielstrebig." Als Unternehmer politisch sehr engagiert, vertrat er den 'bürgerlichen Mittelstand' und hatte als Mitglied der NSDAP vorübergehend ein Mandat im Stadtrat. Beruf und politische Karriere - dies allein war ihm wichtig, die Familie betrachtete er nur "als Mittel zum Zweck". Als ältester Sohn einer Familie von sieben Kindern, vornehmlich Mädchen, habe er sich seit jeher als "Patriarch" erlebt und diese Einstellung zeitlebens gegenüber der eigenen Familie beibehalten. Frau und Kinder schikanierete er durch Pedanterie, Geiz und Grausamkeiten. So erinnert sich die Patientin

deutlich, daß er die Mutter in Gegenwart der Kinder häufig quälte und schlug, wie er sie selbst auch vor den Augen der Mutter verprügelt habe. In Abwesenheit seiner Frau habe er seine Tochter hingegen "verhätschelt und abgeküßt". - Trotz seines beträchtlichen Einkommens gabe der Mutter so wenig Haushaltsgeld, daß sie äußerst sparsam wirtschaften mußte; er aber habe ihr Verschwendungssucht vorgeworfen. Außerdem zwänge die Familie am Sonntag zu anstrengenden Spaziergängen. Dabei durfte die Mutter, wenn die Kinder ermüdeten diese nicht tragen oder im Wagen schieben. Einmal sollte Anna eine Tür schließen, doch als sie die Klinke nicht erreichte, zwang sie der Vater, die Tür zwölf Mal zu öffnen und wieder zuzumachen. Auch beobachtete das Kind, daß er die Mutter zum Geschlechtsverkehr nötigte; denn es mußte im Schlafzimmer der Eltern schlafen, obwohl es ein eigenes Zimmer besaß.

Auf all jene Quälereien reagierte Anna mit heftiger Angst, Kopfschmerz, Erbrechen und Einnässen, wofür sie wiederum streng bestraft wurde. Da sie den Vater trotzdem liebte, glaubte sie damals, eine Frau müsse wohl derartig behandelt werden, und später meinte sie, dies sei eben die dem Vater eigentümliche Art zu lieben gewesen. Denn obgleich die Ehe von Anfang an schlecht gewesen sein müsse, hätten die Eltern im Grunde doch aneinander gehangen; jedenfalls hätten ihres Wissens weder Vater noch Mutter jemals eine außereheliche Beziehung gehabt. Insbesondere die Mutter sei stets bemüht gewesen, die Ehe aufrecht zu erhalten, selbst in dem Augenblick, als sie den Vater vorübergehend verließ, weil der Zustand unerträglich geworden war und sie sich angeblich, wäre sie nicht geflohen, das Leben hätte nehmen müssen.

Die Mutter nämlich habe sich niemals gegen die Tyrannei des Vaters wehren können. Ordentlich und gewissenhaft, wenig wortgewandt habe sie alles, so lange wie möglich, schweigend erduldet, ja zeitlebens eigentlich nur gelitten. Insofern sei sie für ihn die "ideale Frau" gewesen, und er habe ihre Unterwürfigkeit, ja Hörigkeit sehr wohl auszunutzen gewußt.

Eines Tages jedoch "sei das Maß voll gewesen"; die Mutter beschloß mit dem Kind zu ihrer älteren Schwester zu ziehen. Der Vater habe seine Frau daraufhin angegriffen und "in hohem Bogen" aus dem Zimmer gestoßen, sodaß sie stürzte und einige Meter weit den Gang entlang rutschte. Heute glaubt Frau O., dies Erlebnis sei prägend für ihre gesamte weitere Entwicklung gewesen. Sie habe damals "wie

erstarrt" vor der Mutter gestanden und gefürchtet, sie sei tot. Gleichzeitig aber habe sie unheimlich lachen müssen, da sie nun für immer beim Vater bleiben konnte; er hatte geschrien: "Du kannst gehen, aber das Kind läßt du da!" Denn eigentlich habe sie ihn mehr als die Mutter geliebt, sie "sei ihr ja sowieso sicher" gewesen.

Die Mutter übersiedelte schließlich endgültig mit dem Kind zu ihrer Schwester; den Bruder schickte man ins Internat, die Schwester kam zu den Großeltern. Hier, in einer Großfamilie mit sieben Kindern fühlte Anna sich bald heimisch: die finanziellen Verhältnisse waren großzügiger als im Elternhaus, es gab ausreichend und gut zu essen, in den Vettern und Kusinen fand sie die langersehnten Spielkameraden. Die Mutter konnte sich allerdings kaum um sie kümmern, da sie den gesamten Haushalt für die Familie führte, weil die Tante im Geschäft des Onkels mitarbeitete. Als noch zwei weitere Kinder geboren wurden, die Mutter außerdem fürchtete, das Kind könne unter dem Einfluß der älteren Söhne, die damals anfangen zu rauchen, verwahrlosen, beschloß sie, Anna in einem Kinderheim unterzubringen.

So kam das Kind im Alter von sieben Jahren in ein Heim, das von katholischen Schwestern geführt wurde. Einfachheit und Strenge kennzeichneten Tagesablauf wie Erziehungsprinzipien; die Mädchen schliefen auf Strohsäcken in einem großen Saal, das Essen war knapp und qualitativ schlecht, so daß Unterernährung und Entwicklungsverzögerung auftraten; bei Anna wurde mit vierzehn Jahren angeblich eine Spätrachitis festgestellt. Die Zöglinge waren angewiesen auf Geschenke der Eltern, die jedoch nur einmal monatlich zu Besuch kommen durften.

Obwohl Annas Mutter sich über diese Vorschrift hinwegsetzte und versuchte, sich so oft wie möglich Zeit für die Tochter zu nehmen, erlebte Anna die Jahre im Heim beinahe als Fortsetzung der zerrütteten Verhältnisse des Elternhauses. Die Schwestern ergriffen nämlich stets die Partei des Vaters, obwohl er das Kind in der ganzen Zeit nur zweimal besuchte und selten das Schulgeld rechtzeitig bezahlte. Seine strenge Gläubigkeit, das politische Engagement für den katholischen Mittelstand wogen die Gleichgültigkeit gegenüber der Tochter in den Augen der Erzieherinnen offenbar hinreichend auf.

In der Schule erwies sich Anna als begabt und gehorsam; trotzdem wurde sie auch hier getadelt: besonders nach der Rückkehr aus den Ferien, die sie bei der Mutter verlebte, kritisierten die Lehrerinnen Faulheit und mangelhafte Konzentration.

Dennoch befürworteten sie einen Wechsel in die höhere Schule, auch schlugen sie ihr Klavierunterricht vor, da Anna sich als recht musikalisch gezeigt hatte. Beides lehnte der Vater mit Hinweis auf die finanzielle Belastung ab. Außerdem meinte er, auch ohne höhere Schulbildung könne man es bei ausreichender Begabung und mit Fleiß zu etwas bringen; er selbst habe sich seine Berufsposition ebenfalls aus eigener Kraft erarbeiten müssen. Schließlich solle ein Mädchen besser "etwas Vernünftiges", beispielsweise Landwirtschaft und Gartenarbeit, lernen.

Der Versuch der Mutter, Anna trotz des väterlichen Einspruchs nach München zur Vorbereitung auf's Gymnasium zu nehmen, mußte nach einem halben Jahr aufgegeben werden, da der Vater gedroht hatte, die Tochter in ein Heim für schwer erziehbare Kinder nach Würzburg zu schicken.

Auf den Konflikt zwischen den Eltern und die harten Erziehungsmaßnahmen reagierte Anna mit heftigem Heimweh, Bettnässen und zum ersten Mal mit Angstzuständen: Wenn die Mutter bei ihren vierzehntägigen Besuchen einmal später als gewohnt eintraf, fürchtete sie, es könne ihr etwas zugestoßen sein. Jedes Gewitter versetzte sie in Schrecken, zumal die Schwestern behaupteten, der Blitz schlage bevorzugt in Flachbauten ein und die Mutter bei der Großfamilie ein einstöckiges Haus bewohnte.

Die "einzigen Freuden" jener Jahre seien Laienspiel und Chorsingen gewesen. Beides habe sie ausgezeichnet beherrscht, denn im Kern sei sie ein fröhliches Kind gewesen, auch habe sie sich gut mit den Mitschülerinnen verstanden. Die große Gemeinschaft habe sie stets an die Familie der Tante erinnert. Über den Streit im Elternhaus habe sie mit den Kameraden allerdings nie gesprochen. Wenn andere von ihrem glücklichen Zuhause erzählten, habe sie es vor Scham vorgezogen zu lügen und schon damals begonnen, "Theater zu spielen".

Nach Abschluß der Volksschule trat Anna eine Stelle als kaufmännischer Lehrling in München an. Auch hier bewährte sie sich als gewissenhafte und fleißige Schülerin, sodaß man ihr riet, die Stelle zugunsten einer besseren Ausbildungsmöglichkeit aufzugeben. Allein, die Aussicht dort einen männlichen Lehrherrn zu bekommen, - der Betrieb wurde von einer Chefin geleitet - veranlaßte sie zu bleiben. Denn schon damals habe sie jegliche Männerbekanntschaft gemieden, gezittert, wenn ein Mann sie nur ansprach. Diese Angst hinderte sie auch, im Alter von siebzehn Jahren die nähere Freundschaft mit einem jungen Kollegen einzugehen, der

sich angeblich sehr um sie bemüht hatte, und mit dreißig Jahren das Heiratsangebot eines von ihr eigentlich sehr geschätzten, um sechzehn Jahre älteren Beamten anzunehmen, obwohl sie gern geheiratet und eigene Kinder gehabt hätte.

Die Mutter hatte inzwischen die Familie der Schwester verlassen und eine eigene Wohnung genommen. Hier lebte sie bis zu ihrem Tod im Jahre 1939 mit Anna zusammen.

Da der Vater trotz ausreichenden Einkommens für Frau und Tochter keinen regelmäßigen Unterhalt zahlte, war die damals schon kränkliche Mutter gezwungen zu arbeiten. Anna fürchtete, es könne ihr eines Tages etwas zustoßen und sie selbst habe dann keinen Menschen mehr, der sich um sie kümmere.

Auch wurde das Mädchen seit dieser Zeit von Angstvorstellungen religiösen und sexuellen Inhalts gequält: Nachdem sich im Anschluß an den Heimaufenthalt in ihr als Reaktion auf die streng katholische Erziehung eine Abneigung gegen alles Religiöse entwickelt hatte, fand sie unter dem Einfluß eines jungen Geistlichen, des Leiters einer damals von ihr besuchten Jugendgruppe, erneut Zugang zur Kirche. Heute bezeichnet sie jene Jahre als die "Zeit einer religiösen Blüte", voll von "Idealen" und "hohen Gedanken". Gleichzeitig nun verspürte sie angeblich zum ersten Mal - sie war siebzehn Jahre alt - das Bedürfnis zu onanieren. Da sie von der Mutter kaum aufgeklärt worden war, löste dies Unsicherheit, Angst und Schuldgefühle aus. Sowohl ihr langjähriges Fernbleiben von der Kirche als auch die "unkeuschen Regungen" beichtete sie unter schwerer Gewissensangst, jedoch ohne damit eine Erleichterung zu erfahren. Vielmehr habe sie beim Geständnis ihrer "Mordschweren Sünden" ständig "Blut geschwitzt", in der Nacht zwischen Beichte und Kommunion habe sie kaum mehr schlafen können, aus Furcht sich von neuem zu versündigen. Auch seien damals die Zwangsvorstellungen, unter denen sie bis heute leidet, die Angst, jemanden umbringen zu müssen, zum ersten Mal aufgetaucht. So konnte sie beispielsweise ein Aufklärungsbuch, das sie lesen wollte, nicht selbst einkaufen, sondern mußte den dreizehnjährigen Vetter mit der Besorgung beauftragen; sie habe sich zu sehr geschämt, entscheidend aber sei die Befürchtung, sie müsse die Verkäuferin umbringen, gewesen.

Nach Abschluß der Lehrzeit nahm Anna eine Stelle als Stenotypistin an. Hier trat nun bald der Zwangsgedanke auf, sie könne in Akten und Briefen etwas Unsinniges

oder Schädigendes niederschreiben und der Zwang, in den Schriftstücken so lange zu radieren, bis sie vollständig zerknittert waren. Dessen ungeachtet wurde sie von Vorgesetzten und Kollegen anerkannt, da sie gewissenhaft arbeitete; man schätzte sie als "Sonnenschein des Hauses", weil sie ihre Umgebung mit Späßen und lustigen Geschichten stets aufzuheitern wußte.

Nach fünfjähriger Berufspraxis starb die Mutter, angeblich an den Folgen eines Schlaganfalls. Ein Jahr später gab Frau O. die Bürotätigkeit auf und beschloß, eine Ausbildung zur Sozialfürsorgerin zu beginnen. Infolge der vorausgegangenen anstrengenden Pflege der Mutter, und wegen der ständigen Angstzustände sei sie zwar damals im Grunde schon arbeitsunfähig gewesen; wohl wissend, daß sie aufgrund ihrer panischen Furcht vor Männern nicht heiraten werde, habe sie wenigstens einen ihr sinnvoll erscheinenden Beruf ausüben wollen.

Obwohl die Ausbildung im wesentlichen eine finanzielle Belastung für sie darstellte, - der Vater weigerte sich, eine Unterstützung zu gewähren, da er einen zweiten Beruf für überflüssig hielt - machte ihr die Schule Spaß; insbesondere für das Fach Psychologie zeigte sie Interesse. Nach drei Jahren legte sie ein sehr gutes Examen ab und begann 1942 als Fürsorgerin bei der Stadt München zu arbeiten.

Ihre Tätigkeit bestand darin, kinderreiche Familien, ältere und alleinstehende Menschen zu besuchen, zu beraten und die Berichte darüber im Büro der Dienststelle zu schreiben. Außendienst und Schreibarbeit fielen ihr im Lauf der Jahre zunehmend schwerer: in den Familien fürchtete sie, die Kinder umgebracht zu haben, so daß sie oft Hausbesuche, unter dem Vorwand, etwas vergessen zu haben, wiederholen mußte, um sich vom Gegenteil zu überzeugen; mit den Berichten geriet sie infolge des Zwangs zu radieren immer mehr in Rückstand. Schließlich gewannen die Ängste auch Einfluß auf andere Bereiche: in ihre Wohnung konnte sie aus Furcht, den Gashahn aufzudrehen, niemanden mehr einladen, sie isolierte sich zunehmend; versuchte sich in der Freizeit durch Cellospielen abzulenken; im Kaufhaus meinte sie, die Verkäuferin, auf der Straße, den Hausierer umgebracht zu haben. In ihrem 48. Lebensjahr starb der Vater. Im Glauben, "nun sei alles in der Ewigkeit bereinigt", hoffte sie auf eine Besserung ihres Zustandes. Allein, die Zwangerscheinungen vermehrten und verschlimmerten sich stetig.

Gleichwohl gelang es ihr lange Zeit, die Angstzustände vor den Kolleginnen zu ver-

heimlichen. Dies kostete sie jedoch so viel Kraft und Zeit, daß immer mehr Arbeit liegen blieb und sie bald den Urlaub dazu verwendete, diese aufzuarbeiten. Außerdem wurde sie zunehmend geräusch- und berührungsempfindlich, sie konnte sich kaum mehr konzentrieren. Beim geringsten Anlaß verlor sie die Fassung und flüchtete für Stunden auf die Toilette um sich zu beruhigen. Schließlich mußte sie sogar Akten dort lesen, weil sie zu sechst in einem kleinen Raum arbeitete und sie Lärm und Gespräche nicht mehr ertragen zu können glaubte.

Hinzu kamen in den letzten Jahren somatische Erkrankungen: Gelenk- und chronische Kopfschmerzen, ein über den ganzen Körper ausgedehntes, lange nicht zu beeinflussendes exsudatives Ekzem, ein nicht näher bezeichneter Leberschaden und funktionelle Herzbeschwerden. Die Patientin begab sich deshalb mehrfach in ärztliche, u. a. auch in psychotherapeutische Behandlung. Die Analyse sei nach einhalb Jahren erfolglos abgebrochen worden. Ihre Zwangsvorstellungen habe sie primär allerdings nicht für eine Krankheit sondern ein religiöses Problem gehalten und sich gescheut, mit einem Arzt darüber zu sprechen.

Zu Beginn dieses Jahres ließ sich Frau O. auf den Rat ihrer Dienststelle für vier Monate krank schreiben, um Zeit und Ruhe zu finden, die unerledigten Berichte zu schreiben. Da der Versuch mißlang, ein beträchtlicher Rest an Arbeit übrig blieb, fürchtet sie nun, nicht mehr weiterarbeiten zu können, ohne daß man die Hintergründe ihrer Arbeitsstörungen aufdeckt. Wäre sie nicht so religiös, so hätte sie sich in dieser hoffnungslosen Lage längst umgebracht. Ein Gesuch um vorzeitige Rente einzureichen, sei daher der einzige Ausweg.

Zur Selbstdarstellung macht die Patientin folgende Angaben:

"Ich bin nicht aggressiv -, von Haus aus ein optimistischer und fröhlicher Mensch, habe ich zeitlebens auch bewußt an der Heiterkeit festgehalten.

Aber ich fühle mich ständig angegriffen und in der Abwehr. Deshalb bin ich zum Einsiedler geworden. In Unterhaltungen kann ich kaum noch zuhören, schlafe ständig ein. Seit Jahren führe ich Selbstgespräche, manchmal fürchte ich verrückt und dann geistig entmacht zu werden. Wenn man mich kritisiert, gehe ich aus allen Fugen, in Auseinandersetzungen bin ich ein Wahrheitsfanatiker, schon als Kind mußte ich alles richtig stellen. Und ich sage immer "jetza", als ob ich mich von der Angst losreißen wollte."

Verhalten während der Exploration, psychischer und somatischer Befund

Das Verhalten der Patientin während der Exploration, die erst auf mehrfache Bitte des behandelnden Arztes der Klinik hin möglich wird, ist zunächst gekennzeichnet durch Mißtrauen und Ablehnung. Ihre Kritik richtet sich gleichermaßen gegen die räumlichen Verhältnisse der Station - in einem 20-Betten-Saal untergebracht zu werden, empfindet sie als Zumutung -, Ärzte und Mitpatientinnen. Sie fühlt sich unverstanden und vernachlässigt: anstatt sie zu behandeln plage man sie mit zahllosen sinnlosen Untersuchungen, verweigere ihr aber den notwendigen Ausgang zum Zahnarzt, halte sie als "interessanten Fall" allenfalls für wert, in der Vorlesung demonstriert zu werden. Das ursprünglich vom Hausarzt gegebene Versprechen, den Klinikaufenthalt auf zwei Wochen zu begrenzen, habe man nicht eingehalten. Auch seien lediglich junge, unerfahrene Ärzte für ihre Betreuung verantwortlich.

Im Verlauf der ersten Befragung gelingt es jedoch, Kontakt zu Frau O. zu finden, die ablehnende Haltung gibt sie in zunehmendem Maße auf, äußert plötzlich Mitleid mit anderen ungleich schwerer betroffenen Patienten und "überarbeiteten" Ärzten. Die anfängliche Weigerung, überhaupt noch einmal über ihre Problematik zu sprechen, wird abgelöst von einer nunmehr fordernden Haltung: trotz der mehrfachen Ankündigung kurz vor Schluß der Erstexploration, das Gespräch müsse beendet und am nächsten Tag weitergeführt werden, fährt sie fort, Erlebnisse und Affekte zu schildern, über die sie bereits ausführlich berichtet hat.

Neben der Tendenz, auf bestimmten Themen zu beharren, imponieren Vergeßlichkeit von Namen, Zahlen und Begriffen, Unkonzentriertheit und Sprunghaftigkeit ihres Denkens. Das Problem ihrer Zwangsvorstellungen beispielsweise schneidet sie mehrfach an, ohne präzise Angaben über deren Inhalt zu machen; statt dessen weicht sie jeweils auf Begebenheiten der Kindheit und des Berufslebens aus. Andere Themen wie die Sexualität vermeidet sie vollständig, spontan und recht zusammenhängend behandelt sie dagegen das gestörte Verhältnis zum Vater, die mißglückte Ehe der Eltern, Heimerziehung, Berufsausbildung und ihre aktuellen Schwierigkeiten. Dabei ist besonders auffallend, daß sie, unmittelbar nachdem das Gespräch in Gang gekommen ist, mit heftigstem Affekt auf die Person des Vaters eingeht, ohne daß danach gefragt wurde.

Überhaupt ist Frau O. in allen Sitzungen emotional stark engagiert, ihre Sprech-

weise und Mimik sind lebhaft bis unruhig, die Bewegungen fahrig. Bei der Erinnerung an für sie schmerzliche Erlebnisse bricht sie in Tränen aus, strahlend lachend berichtet sie die wenigen glücklichen. Auffällt ein ausgeprägtes Schwitzen an den Händen, die sie kaum ruhig halten kann, abwechselndes Erröten und Erblasen. Ihre Behauptung, sie fühle sich am Ende der Befragung total erschöpft, wirkt glaubhaft.

Noch ausgeprägter erscheinen Unfähigkeit sich zu konzentrieren und Zerrissenheit während der zweiten und dritten Exploration. Schwer wird es ihr zuzuhören, nahezu unmöglich, gezielte Fragen ohne ausführlichen Kommentar, ohne abzuschweifen zu beantworten. Diese erlebt sie meistens als auf ihre Person gerichteten Angriff, ist daher anhaltend bemüht, sich zu entschuldigen, abzusichern und zu rechtfertigen. Auch ihre eigenen gegen den Vater vorgebrachten Vorwürfe ist sie genötigt, mit dem Hinweis, er sei an ihrem Schicksal eigentlich unschuldig, zurückzunehmen.

Der somatische Befund der 56jährigen, jünger wirkenden Patientin von pyknischem Konstitutionstyp (KRETSCHMER 83) ist unauffällig.

Diskussion

Ausdrucksformen der Aggression

Die Angaben der Patientin zum Aufenthalt in der Klinik und biographische Daten lassen ein gewisses Maß "gesunder", insbesondere spontan-aktiver Aggression (36) erkennen: Frau O. versucht, sich aktiv mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen: sie unterzog sich einer Psychoanalyse und begab sich mehrmals in internistische Behandlung. Gegen den Willen des Vaters, unter erheblichen finanziellen Opfern erlernte sie einen zweiten Beruf und bemühte sich, ihn trotz der Behinderung durch die zwangsneurotischen Symptome bis heute auszuüben.

Dagegen ist ihre Fähigkeit sich zu verteidigen, wesentlich eingeschränkt: obwohl sie die Exploration seitens der Ref. als unnötige Belastung, die Vorstellung im Hörsaal als Zumutung empfindet, ist sie nicht in der Lage, sich der Aufforderung zu widersetzen, zeigt somit die dem Zwangsneurotiker eigene "Ambivalenz von Aufbegehren und Unterwerfung" (QUINT 110) als Folge einer Entwicklungshemmung in der "reaktiv-aggressiven Trotzphase" (ELHARDT 36). Ähnlich verhielt sie sich

in ihrer Dienststelle: Auf Lärmbelästigung der Kollegen reagierte sie mit verzweifelter Weinen und zog sich aus Scham auf die Toilette zurück. (Die enge Beziehung zwischen Aggression und "Analität", "Haß und Analerotik", von S. FREUD (50, 52), ABRAHAM (2) und JONES (zit. n. 52) beschrieben, wird in diesem Zusammenhang deutlich.)

Aktiv-destruktive Aggression finden wir in Äußerungen der Kranken über die Vaterfigur. Ihre Intensität reflektiert in der Spontaneität, Heftigkeit und Ausführlichkeit, mit der Frau O. väterliche Charakterzüge und Verhaltensweisen schildert. Inwieweit feindselige Regungen vom Über-Ich tabuiert werden, erhellt aus den ängstlichen Erklärungen und Entschuldigungen, mit denen die Patientin Angriff und Anklage zurückzunehmen bemüht ist.

In ihrem bewußten Erleben, in objektiv verifizierbaren Merkmalen ihres Charakters repräsentiert sich also das "typischen Nebeneinander aggressiver Gehemmtheit und aggressiver Haltungen" (SCHWIDDER 119), von Haß und "übertriebenen moralischen Einstellungen" (STEKEL 123) unveränderten "Fortsetzungen der ursprünglichen Triebe" und "Sublimierungen oder Reaktionsbildungen gegen diese" (S. FREUD 49, S. 209): Einerseits betont Frau O. in ihrer Selbstdarstellung, ein heiterer, anpassungsfähiger, kompromißbereiter, keineswegs mißtrauischer oder "aggressiver" Mensch zu sein, andererseits fühlt sie sich ständig angegriffen, kritisiert und genötigt sich zu verteidigen. Tatsächlich beobachten wir ausgeprägtes Mißtrauen, Kontaktscheu und offene Ablehnung ("die Ärzte vernachlässigen meine Behandlung") neben Mitleid, Fürsorglichkeit und Gefügigkeit ("die armen, überarbeiteten Ärzte"), strengen moralischen Prinzipien und starker Religiosität.

Es liegt nahe, aggressive Äußerungen der Kranken für Anzeichen reifer, "gekannter Aggression" (A. MITSCHERLICH) zu halten. Doch handelt es sich hier eher um den von A. FREUD (41) und A. HEIGL-EVERS (73) beschriebenen Abwehrmechanismus "Identifikation mit dem Angreifer", aggressive Vorwärtsverteidigung auf dem Boden aggressiver Gehemmtheit.

Auch die Phantasien der Patientin können als Ausdruck gehemmter Aggression verstanden werden. Aktivität, die in der Realität nicht gelebt werden konnte, erscheint im beherrschenden Wunsch nach 'höherer Ausbildung' "überkompensiert" (SCHULTZ-HENCKE), in "chronischen Ehrgeiz- und Leistungshaltungen"

(DÜHRSEN 33). (Die anfangs vorgeschlagene Deutung der Aktivität als aktiv-spontane Aggression soll mit dieser zusätzlichen Interpretation nicht in Frage gestellt werden.)

Die Denkfunktion steht in mehrfacher Beziehung zur Aggression: Frau O. klagt über mangelhafte Konzentrationsfähigkeit und Vergeßlichkeit, objektiv bestätigen sich Sprunghaftigkeit ihres Denkens und Konzentrationsschwäche bei gut entwickelter Intelligenz. Die neopsychoanalytische Schule (SCHWIDDER 118, 119; QUINT 110) versteht die Behinderung der gedanklichen Tätigkeit des Zwangsneurotikers als Folge einer extremen Beschränkung expansiver Strebungen in der Kindheit, die häufig anzutreffende Intelligenz als "Pseudointelligenz": Anstatt zu handeln zieht sich der Zwangsneurotiker in seine Denk- und Vorstellungswelt zurück. Die besondere Form des "magischen Denkens" mit Inhalten omnipotenter Machtfülle, die S. FREUD als Regression des Ichs deutete, entspricht nach SCHULTZ-HENCKE et al. einer primären Entwicklungshemmung.

Seine stärkste Ausprägung erfährt das "magische Erleben" im Zwangssymptom selbst, in der Angst der Kranken, jemanden umbringen zu müssen oder umgebracht zu haben, und reaktiven Kontrollzwängen. Die "direkte Wiederkehr des Verdrängten" im Symptom (S. FREUD 52) versinnbildlicht die Intensität der psychodynamisch wirksamen destruktiven Aggression; die Fülle unterschiedlichster Zwangshandlungen symbolisiert das Ausmaß der Angst vor der ins Über-Ich introjizierten Aggression des Vaters (7), sowie der Furcht, von der eigenen Aggression überwältigt zu werden. (Tatsächlich werden aggressive Zwangsimpulse sehr selten in Handlungen realisiert; POLSTORFF und KATSCHER 109.)

Die aggressive Thematik erscheint außerdem in Zwangsbefürchtungen der Patientin, in Akten schädigende Bemerkungen niedergeschrieben zu haben, und dem reaktiven Zwang, die Schriftstücke mehrfach zu kontrollieren bzw. zu korrigieren. Es herrscht überwiegende Übereinstimmung in der Deutung von Kontrollzwängen als Abwehr von Auflehnung gegen elterliche Autorität (QUINT 110, BRAST 23, et al.), vom "magischen Ungeschehenmachen" (S. FREUD 59) als Strafe und Buße für vom Über-Ich tabuierten aggressiven Regungen.

Schließlich sind die Symptome Ausdruck eines unbewußten Strafbedürfnisses, der Selbstaggression insofern, als sie die Selbstverwirklichung der Kranken hemmen und ihre sozialen Beziehungen zur Umwelt weitgehend zerstören. S. FREUD hat

die Tendenz zur Selbstzerstörung, den "moralischen Masochismus", auf die Wirksamkeit sowohl des "Todestriebs" als auch des gegen die eigene Person rückgewendeten Sadismus, des "sekundären Masochismus", zurückgeführt (46). Dementsprechend gewinne die Selbstaggression im Symptom die Funktion einer "Ersatzbefriedigung" (43). ZULLIGER (133), BRAST (23) haben die Möglichkeit der direkten Befriedigung umweltorientierter Aggression durch die Symptome unterstrichen: mittels der Neurose kann der Kranke seine Umgebung unter Druck setzen und zur Anteilnahme zwingen. Dieser "sekundäre Krankheitsgewinn" (FREUD 59) muß im Fall unserer Patientin als gering veranschlagt werden -, sie versuchte, die Angstzustände vor ihren Berufskollegen möglichst geheim zu halten. Ihr Gesuch um vorzeitige Berentung könnte man zwar in o. g. Sinn interpretieren, eher ist es als gerechtfertigte Konsequenz einer jahrelangen Überforderung und reaktiven Erschöpfung zu verstehen.

Im psychosomatischen Bereich finden wir folgende Ausdrucksformen der Aggression:

Den von Frau O. geklagten, z. T. durch ihren anstrengenden Außendienst bedingten Gelenkschmerzen kann mit ALEXANDER (9, S. 158) "ein chronisch gehemmter, feindseliger aggressiver Zustand, eine Aufständischkeit gegen jede Form von äußerlichem oder innerlichem Druck . . ." als "psychodynamischer Hintergrund" unterstellt werden.

Außerdem litt Frau O. vor einigen Jahren an einem "exsudativen Ekzem" mit starkem Juckreiz. Da weder von der Patientin selbst noch aus den Unterlagen der Klinik Genaueres über die Art der Hautaffektion zu erfahren ist, kann die Rolle psychischer Faktoren hier nicht näher untersucht werden.

Funktionelle Herzbeschwerden werden von SCHWIDDER (118) zum "zwangsneurotischen Organsyndrom" gerechnet und in seiner Theorie der Zwangsneurose als Äquivalent gehemmter Aggression gedeutet.

Entwicklungsbedingungen und -phasen der Aggression

Konstitutionelle Faktoren: Temperament, Vitalität bzw. Sensitivität und somatische Erkrankungen im Kindesalter, die von EWALD (zit. n. 39) als für die Zwangsneurose disponierend diskutiert werden, konnten aus der Biographie nicht eruiert werden.

Für die Entwicklung der Patientin entscheidendes soziokulturelles Verhaltensmuster war die "Doppelmoral einer Gesellschaft, die Aggression öffentlich tabuiert, de facto jedoch hemmungslos praktiziert" (A. MITSCHERLICH 99). Dem korreliert im privaten Bereich die spezielle Erziehungspraktik der Eltern, moralische Grundsätze zu vertreten, ohne sich selbst daran zu halten. STORR (125) fand diese "theoretische Aggressionsfeindlichkeit" gehäuft in sozialen Mittelklassen christlichen Bekenntnisses. Einen weiteren Zufluß erfährt individuelle (destruktive) Aggression aus der beim "Auseinanderbrechen traditioneller Lebensgefüge" (MITSCHERLICH 100) aufkommenden Angst, beispielsweise in Nachkriegszeiten (99). Die außerordentliche Härte des Vaters unserer Patientin, sein Geiz, die wortlose Unterwürfigkeit der Mutter mögen durch die Erfahrung des Zusammenbruchs während des Ersten Weltkriegs potenziert worden sein.

Der individuelle Lebensraum des Kindes wurde somit von gesellschaftlichen Bedingungen und Verhaltensweisen der Eltern geprägt, die ihm früh das Gefühl vermittelten, "in der Enge zu sein bzw. von außen bedrängt zu werden" (BOEHM 18): Drohungen und Strafen eines patriarchalisch erlebten Vaters, die unglückliche Ehe der Eltern, wirtschaftliche Not und Entbehrungen aufgrund des väterlichen Geizes, vor allem seine offenen Grausamkeiten gegen Mutter und Kind, abwechselnd mit übertriebener Zärtlichkeit für die Tochter bedingten eine totale Verunsicherung des Mädchens. Seine Selbstachtung wurde frühzeitig unterminiert, weder aggressive und sexuelle Triebbedürfnisse noch Ichfunktionen konnten sich realitätsgerecht entfalten. Daß derartige Umstände zur Zwangsneurose und damit zur lebenslänglichen Aggressionshemmung prädestinieren, haben u. a. STEKEL (123), BOEHM (18), BRÄUTIGAM (20), SCHWIDDER (118), QUINT (110) nachdrücklich unterstrichen. Da wir in Charakterstruktur der Kranken und Symbolgehalt ihrer Symptome insbesondere Hemmungen der reaktiv-defensiven Form der Aggression feststellen konnten, liegt die Vermutung nahe, daß die schwersten Traumatisierungen während der Sauberkeitserziehung gesetzt wurden, daß die expansiv-motorischen Strebungen dagegen weniger die für die frühkindliche Entwicklung des Zwangsneurotikers typischen Einschränkungen erfahren haben.

Unter diesem Aspekt können auch die Reaktionen des Mädchens: Erbrechen und Enuresis nocturna als Ausdruck von Trotz und Abwehr gedeutet werden (GLATZEL 68, WENDT 129, CHRISTOFFEL zit. n. 89, ELHARDT 36). Im psychosomatischen

Symptom Kopfschmerz repräsentiert sich bereits der "gebrochene Widerstand", die Wendung feindseliger Aggression gegen die eigene Person (GARMA 63).

Das Affektleben des Kindes war im Zusammenhang mit dem Ödipuskonflikt schon damals von der dem Zwangsneurotiker eigentümlichen Ambivalenz beherrscht: die Kranke betont, den Vater trotz seiner Unberechenbarkeit mehr als die Mutter geliebt, diese wegen ihrer stummen Unterwerfung verachtet zu haben; andererseits habe sie ständig befürchtet, der Vater könne die Frau erschlagen.

In den späteren Ereignissen der Schulzeit und Adoleszenz können wir schrittweise die Verschärfung und Stabilisierung des neurotischen Konflikts verfolgen: Heimaufenthalt, Pflege der kranken Mutter, anhaltende väterliche Ablehnung, seine Mißachtung ihrer Berufspläne wurden als Fortsetzung der zerrütteten Kindheit erlebt. Gegen die Reaktivierung des Aggressionskonflikts errichtete die Patientin vielfältige Absicherungen: Berufswahl der Fürsorgerin (A. FREUD 41), Intellektualisierung (ELHARDT 36) und Religiosität. Sie pflegte "ästhetische Neigungen" (SCHWIDDER 119) und isolierte sich zunehmend von ihrer Umwelt (BRAST 23, A. MITSCHERLICH 100).

Parallel entwickelten sich die zwangsneurotischen Symptome. Eine besonders belastende Konfliktsituation, war als auslösender Faktor aus der Biographie nicht zu erfahren. Wir erinnern uns, daß der Vater das Kind zur Strafe einst gezwungen hatte, eine Tür zwölfmal zu öffnen und wieder zu schließen. Es wäre zu diskutieren, ob über den einfachen Mechanismus der Nachahmung schon damals die Bereitschaft zum Erleben pathologischer Zwänge erworben wurde und damit bei der Virulenz des intrapsychischen Konflikts eines schwerwiegenden äußeren Ereignisses zum Ausbruch der Neurose nicht mehr bedurfte. Andererseits haben sich Intensivierung des Triebkonflikts in der Pubertät (A. FREUD 41, ZULLIGER 133) und Bedrühung des intrapsychischen Gleichgewichts in der Menopause (F. ALEXANDER 9), die im Tod der Mutter und des Vaters erlebte Belastung mit Sicherheit auf die Symptomentstehung und -verstärkung ausgewirkt.

Zusammenfassend beobachten wir in Verhalten und Charakterstruktur der Patientin Anna O. : starke Hemmung reaktiv-defensiver Aggression, überkompensiert in Form von Verpflichtungsgefühlen und Gefügigkeit neben chronischer Aggres-

sivität: Mißtrauen und grundsätzliche Abwehrhaltung. Die spontan-aktive Aggression erscheint zum großen Teil in Ehrgeiz- und Leistungshaltungen verzerrt; destruktive Aggression mit überwiegender Feindseligkeit ist in den Symptomen gebunden: Zwangsbefürchtungen aggressiven Inhalts und reaktive Zwangshandlungen mit Abwehr- und Selbstbestrafungsfunktion. Psychosomatisch manifestiert sich Aggressionshemmung als Gelenk- und funktionelle Herzbeschwerden.

2.5.2. Krankengeschichte Paula S., Krankenblatt-Nr.: 148/70

Zwangserrscheinungen traten bei der 51jährigen Patientin Paula S. erstmals vor dreizehn Jahren auf. Die aktuelle Symptomatik umfaßt in der Hauptsache Zwangsvorstellungen und -befürchtungen: vor Ausscheidungsfunktion und Geschlechtsverkehr empfindet die Kranke extremen Ekel, sie fürchtet, sich selbst, ihre Wäsche, Möbel, Geschirr und andere Personen mit Kot oder Urin zu beschmutzen.

Gleichzeitig beobachten wir reaktive Zwangshandlungen: Frau S. wäscht sich die Hände bis zu dreißig Mal am Tag, sie vermeidet, Koch-, Eßgeschirr und Schreibzeug anzufassen und weigert sich, sich in Gegenwart anderer zu setzen.

Angesichts der Schwierigkeiten, unter diesen Umständen ein geordnetes Familienleben zu führen, entschloß man sich, nachdem mehrfache Therapieversuche fehlgeschlagen waren, zu einer weiteren Krankenhausbehandlung.

Biographische Anamnese

Übersicht:

1919 als jüngstes von 4 Geschwistern in niederbayerischem Dorf geboren; eine 13 Jahre ältere, ledig geborene Schwester, ein 7 Jahre älterer Bruder, der andere Bruder verstarb kurz nach der Geburt.

Vater von Beruf Polizeibeamter, Mutter nicht berufstätig.

1925 - 1935 Besuch der katholischen Volksschule.

1935 - 1945 kaufmännische Lehre, anschließend Berufstätigkeit als Büroangestellte. 1938 Tod des Vaters, Umzug mit der Mutter nach Augsburg. 1945 Heirat eines um 6 Jahre älteren Bauingenieurs, Umzug nach München.

1946 Geburt der einzigen Tochter.

1957 Beginn der jetzigen Erkrankung.

1963 Tod der Mutter.

In den Angaben der Patientin zur frühen Kindheit liegt der Schwerpunkt auf Schilderungen der Wohnverhältnisse im Elternhaus: Drei Monate nach Paulas Geburt bezog die Familie ein eigenes Haus, dessen Atmosphäre die Kranke als unheimlich und bedrohlich charakterisiert. Das kleine Zimmer, das sie vom fünften Lebensjahr an allein bewohnte, lag im ersten Stock über dem Schlafzimmer der Eltern

und grenzte an einen winkeligen, nicht ausgebauten Speicher. Hier hausten Katzen und brachten in Kisten voll alten Zeitungspapiers ihre Jungen zur Welt. An den fleckigen Wänden türmten sich Gerümpel und Möbel aus dem Besitz der kürzlich verstorbenen Vormieter. All dies flößte dem Kind Angst ein, vor allem die Vorstellung, durch die offenstehenden Dachluken könne sich unbemerkt ein Fremder einschleichen. Vor dem Schlafengehen untersuchte Paula deshalb jeden Winkel und verriegelte sorgfältig ihre Zimmertür. Häufig träumte sie, ein Unbekannter habe diese erbrochen, um sie im Schlaf zu überfallen. Von den Eltern seien derartige Ängste nie ernst genommen, sondern mit der Entgegnung abgetan worden, in die Gendarmerie könne niemand hineinkommen, ohne daß der Vater es merken müsse. Daher habe sie bald aufgehört, darüber zu sprechen und sich angewöhnt "alles in sich hineinzufressen".

Die finanzielle Lage war bei einem Gehalt des Vaters von matlich ca. 250 DM anfangs sehr bedrängt, doch fehlte es deshalb nicht am Notwendigen. Zum Haus gehörte ein ausgedehnter Obst- und Gemüsegarten, außerdem betrieb die Mutter eine ertragreiche Geflügelzucht.

Die Persönlichkeit der Mutter nimmt im Erleben der Patientin einen breiten Raum ein: In der äußeren Erscheinung groß und korpulent, spielte sie in der Familie die beherrschende Rolle. "Resolut und sparsam" führte sie in Haushalt wie Kindererziehung ein "strenges Regiment". Ihre Arbeit verrichtete sie gründlich und gewissenhaft, besonders im Kochen besaß sie große Fähigkeiten. In allem aber war sie ungeduldig und hektisch, auch die Kinder trieb sie ständig zur Eile an. Die Einstellung zu ihnen war allerdings nicht einheitlich: die älteste, ledig geborene Tochter, die vom Vater adoptiert worden war, behandelte sie verhältnismäßig indifferent; ihre Liebe galt dem zweitgeborenen Sohn; Paula, der Jüngsten brachte sie angeblich von Anfang an nur Ablehnung entgegen. Bei ihrer Geburt bereits 34 Jahre alt, hatte sie sich nach dem frühen Tod des dritten eigentlich keine weiteren Kinder gewünscht. Selbst des Vaters Ansicht, diese letzte Tochter könne der Familie später noch von Nutzen sein, habe an der mütterlichen Abneigung nichts ändern können. "Sie behielt sie zeitlebens, gleich wie sie nie nachließ, den Bruder zu bevorzugen und zu fördern."

Der Vater wird demgegenüber als ruhiger, ausgeglichener Charakter geschildert, grundsätzlich bemüht, Streit mit Frau und Kindern zu vermeiden. Da er als Poli-

zeibeamter häufig im Außendienst eingesetzt war, sah er die Kinder selten und kümmerte sich kaum um ihre Erziehung. Nur Paula habe er gelegentlich auf seinen Dienstgängen mitgenommen.

Erlebnisse aus der Zeit der Sauberkeitserziehung unterliegen offensichtlich der Verdrängung, jedenfalls erinnert sich die Kranke in diesem Zusammenhang an keinerlei Schwierigkeiten oder Besonderheiten. "Alles sei in Ordnung gewesen", Bettnässen nie vorgekommen, denn sie habe immer eine gute Blase gehabt.

Umso lebhafter sind die Erinnerungen an Spiele, Wünsche und Phantasien der Vorschulzeit: Paulas größter Wunsch, der sich erst 1950 erfüllen sollte, war es, in einer zentralgeheizten und sonnigen, luftigen Wohnung zu leben; am Abend versteckte sie Süßigkeiten und Stofftiere, die sie zur Hochzeit der ältesten Schwester bekommen hatte, in ihrem großen Himmelbett, auch ließ sie häufig einen Kater, ihren "einzigen Spielgefährten", darin schlafen. Da er sehr klein war, glaubte sie, er könne "keine Jungen bekommen". Ihre Anhänglichkeit an das Tier war so groß, daß sie angeblich nur seinetwegen ihre Absicht, das Elternhaus im Alter von 16 Jahren zu verlassen, nicht ausgeführt hatte. Die "endgültige Trennung" anläßlich des Umzugs nach Augsburg 1938 habe sie kaum überwinden können.

Sechsjährig trat Paula in eine Ganztags-Klosterschule ein, was ihr, als Ausgleich zur gespannten Atmosphäre in der Familie, von Anfang an Freude machte. Als ehrgeizige und fleißige Schülerin war sie bei den Schwestern sehr beliebt; mit der Oberin habe sie bis vor wenigen Jahren in Verbindung gestanden. Gestraft wurde zwar selten, aber in "herabwürdigender Weise" mit Schlägen auf das Gesäß; "Prügel auf den Kopf wären leichter zu ertragen gewesen". Sie selbst sei allerdings nur ein einziges Mal wegen eines von der Klasse gemeinsam verübten Streiches geschlagen worden: die Kinder waren auf einen Holzstoß im Schulhof geklettert, der daraufhin zusammenstürzte. Daß auch sie an "diesem Vergehen" mitgewirkt hatte, deprimierte sie so tief, daß sie "die erniedrigende Strafe" bis ins Erwachsenenalter nicht verwinden konnte.

Die schulfreie Zeit verbrachte sie bis zur vierten Klasse meist mit ihrer einzigen Freundin: die Mädchen fuhren mit dem Rad durch die anliegenden Dörfer

oder gingen miteinander auf den Jahrmarkt, um Schokolade zu kaufen oder Karussell zu fahren. Häufig beschäftigte sich Paula auch allein mit ihrem Kater.

Später forderte die Mutter mehr und mehr ihre Hilfe im Haushalt, so daß für Lernen, Lesen und Spiele wenig Zeit blieb. Am Abend nach dem Unterricht mußte sie abspülen und Wäsche flicken, am Sonntag das Essen vorbereiten, in den Ferien bei der großen Wäsche, beim Stöbern oder in der Schlachtereier mithelfen. (In diesem Zusammenhang erinnert die Patientin, daß sie es kaum ertragen habe, beim Töten der Tiere zuzuschauen, selbst Hand anzulegen sei ihr unmöglich gewesen. Mit ausgesprochenem Genuß aber habe sie das Blut der Tiere in einer Karaffe zum Metzger getragen.)

Die zahlreichen Arbeiten verrichtete Paula unter Anstrengung und widerstrebend, später allerdings sei sie dankbar gewesen, auf diese Weise die Haushaltsführung gelernt zu haben. Daß sie zunächst "gebockt" und lange gebraucht habe sich anzupassen, dafür sei die ständige Kritik der Mutter, das Mädchen sei zu nichts Nützlichem fähig, ihre ununterbrochene Hektik verantwortlich zu machen. Vor allem aber litt Paula unter der Art, wie die Mutter sie mit stummen Vorwürfen für geringfügige Vergehen bestrafte. Wenn sie sich gelegentlich verspätete oder - was seit der frühesten Kindheit häufig geschah - nach den Mahlzeiten erbrach und dabei Bett und Wäsche verschmutzte, brachte die Mutter es fertig, tagelang kein Wort mit ihr zu reden. So auch, als das Mädchen sich einmal beim Turnen zwischen aufgeschichteten Straßenbahnschienen verletzte. Da die Mutter für den folgenden Tag eine gemeinsame Reise plante, hatte sie ausdrücklich verboten, auf dem Baugelände zu spielen. Vielleicht sei sie gerade darum, "wie der Teufel es wollte", so unglücklich gestürzt, daß die Fahrt verschoben werden mußte.

Gleichwohl bemühte sich Paula um häuslichen Frieden, und "Gemütlichkeit", um die Zuneigung der Mutter. Doch diese gewann sie nur, wenn sie krank war; ihre Leistungen wurden nicht anerkannt. Mit zwölf Jahren hatte sie eine langwierige Stirnhöhleenerkrankung verbunden mit starken Kopfschmerzen. Die Nebenhöhle mußte wochenlang drainiert werden. Die dazu nötigen, ihr riesig erscheinenden Tampons fürchtete sie, könnten unbemerkt in Stirn oder Speiseröhre rutschen, so daß sie daran ersticken müsse. Damals veranlaßte die Mutter so-

fort einen Arztwechsel, es wurden dünnere Drains eingelegt, und das Mädchen war innerhalb von 14 Tagen gesund. Unmittelbar danach sei die vorübergehende Fürsorglichkeit der Mutter allerdings wieder von Streit und Schikane abgelöst worden.

Eine zusätzliche Belastung stellte das gespannte Verhältnis zwischen Paula und ihrem Bruder dar: Daß er eine Internatsschule, das Gymnasium besuchen, unbelastet vom Streit im Elternhaus etwas lernen durfte, daß er in den Ferien von der Mutter gelobt und verwöhnt wurde, daß er im Anschluß an eine schwere Stirnhöhlenentzündung im Gegensatz zu ihr selbst zur Erholung nach Italien geschickt wurde, ärgerte und bedrückte sie. Besonders unglücklich aber war sie darüber, daß die Eltern ihm später "wegen seines guten Kopfes" ein Philologiestudium erlaubten und finanzierten, daß damit für ihre eigene Ausbildung keine Mittel mehr zur Verfügung standen.

Andrerseits liebte Paula den Bruder. Wenn sie im "Architektenspiel" gemeinsam aus Holz und Sand Hütten bauten, war sie gerne sein Handlanger. "Dankbar und stolz" nahm sie Orangenzweige und Ansichtskarten der Engelsburg entgegen, die er ihr von der Italienreise mitbrachte. Doch letztlich konnte die Verbitterung, daß sie seinetwegen nichts lernen durfte, auch damit nicht aufgewogen werden.

Ein weiterer Grund für ihren frühzeitigen Abgang von der Schule war die prinzipielle Einstellung der Eltern, für ein Mädchen sei die Berufsausbildung nicht notwendig. Ausschlaggebend aber wurde eine um 1932 plötzlich eintretende Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Mutter.

Nachdem diese seit Jahren unter migräneartigen Kopfschmerzen und gynäkologischen Beschwerden gelitten hatte, traten nun starke dysfunktionelle Blutungen auf und schränkten ihre Arbeitsfähigkeit so sehr ein, daß die vierzehnjährige Tochter bald allein den Haushalt übernehmen mußte. Denn eine Hilfe oder Krankenpflegerin konnte die Familie nur einige Monate lang bezahlen. Da die Mutter fortfuhr, das Mädchen zu kritisieren, hatte Paula nur einen Wunsch: das Elternhaus zu verlassen, um selbständig zu werden. Wie eine Befreiung wirkten daher Erholungskuren, denen sich die Mutter mehrmals unterziehen mußte; dann hatte die Tochter Gelegenheit, den Vater zu versorgen und zu verwöhnen, was auch ihm gut getan und gefallen habe.

Im übrigen suchte Paula Ausgleich in Jugendgruppen: als BDM-Führerin verwaltete sie die Vereinskasse und organisierte mit Geschick Eltern- und Tanzabende für Mädchen. Sie war stolz, wenn ihr Name anlässlich derartiger Veranstaltungen in der Zeitung gedruckt erschien. - Oder sie zog sich in Wunschträumen und Phantasien zurück: So interessierte sie sich von klein auf für Flugzeuge, überhaupt alles, was mit Fliegerei zu tun hatte. Einmal war sie als Kind aus dem Fenster gesprungen, nur um einen Flieger zu sehen, als junges Mädchen las sie mit Begeisterung Erzählungen über die Sportfliegerin Hanna Reitsch. Ihre Sturzflüge, "eigentlich doch Männersache", faszinierten sie ebenso wie Rekorde im Skispringen. Sprungschanzen und Flugplätze übten eine große Anziehungskraft auf sie aus; sie sammelte Autogramme von Sportlern, Filmstars und Sängerinnen. Daß auch ihr Ehemann während des Zweiten Weltkrieges Flieger in Afrika gewesen war, erfüllte sie mit Stolz, der "Clou" aber sei die Unterschrift August PICARDS in ihrer Autogrammsammlung gewesen, "jenes berühmten Erfinders der Flüge in die höhere Atmosphäre".

1938 erkrankte unvermittelt der Vater, woran wußte man nicht, er sagte nur: "mein Kopf, meine Augen!" Zwei Wochen später nahm er sich das Leben, auch dafür habe niemand eine Erklärung gefunden. Doch müsse er "die Krankheit im Blut" gehabt haben, auch seine Mutter sei lange Zeit nervenkrank gewesen.

In der darauffolgenden Nacht hielt sich Paula mehrere Stunden auf der Toilette auf, dabei habe sie schlagartig an Gewicht abgenommen. Zuvor "ziemlich stark", sei sie morgens ganz mager gewesen. Man habe sie deshalb wenig später zu Verwandten nach Regensburg geschickt.

Inzwischen löste die Mutter den Hausstand am Heimatort auf und übersiedelte nach Augsburg, wo sie, bis sie 1944 ausgebombt wurden, mit der Tochter zusammen lebte.

Paula erlernte einen kaufmännischen Beruf und arbeitete, insgesamt sechs Jahre lang, als Büroangestellte. Sie wechselte mehrfach die Stelle; eine Anstellung im Allgäu hatte sie wegen einer akuten Depression aufgeben müssen: obwohl sie die Berge liebe, sei jene Gegend ihr unheimlich-beängstigend, das Klima unerträglich gewesen, so daß sie täglich mit der Mutter zur Kirche habe gehen müssen, um lange zu beten und zu beichten.

Sind hierin schon Anzeichen der jetzigen Erkrankung zu sehen, so traten deutliche Zwangssymptome im Zusammenhang mit der Büroarbeit selbst auf: die Patientin fürchtete, in Akten und Briefen etwas Falsches niedergeschrieben zu haben, ferner Privat- mit Geschäftskorrespondenz zu verwechseln. Davon abgesehen war sie jedoch froh, der verhaßten Hausarbeit durch ihre Berufstätigkeit entfliehen zu können. Beim Chef war sie beliebt, er anerkannte ihre Leistungen trotz "jener eigenartigen Gedanken".

1944 lernte Paula einen um sechs Jahre älteren Bauingenieur, den Bruder ihrer Schwägerin, kennen. Da er, "ein ruhiger, ausgeglichener Charakter", im Beruf tüchtig und gewissenhaft, ähnliche Interessen hatte wie sie selbst, glaubte sie bald, "sie beide seien füreinander bestimmt". Daß auch die Mutter ihn als künftigen Schwiegersohn anerkannte, - "eigentlich das einzige Lob, das sie mir jemals spendete" - bestärkte ihren Entschluß, ihn zu heiraten. Entscheidend aber sei gewesen, daß er vor der Ehe, als sie sich während des Krieges bei einer Cousine in München trafen, kaum "sexuelle Forderungen" an sie gestellt habe.

Die Angaben der Patientin zur Sexualität sind ähnlich denen zur Sauberkeitserziehung wenig differenziert und erscheinen, besonders im Zusammenhang mit der frühen Kindheit wenig glaubhaft. Doktorspiele oder Onanie bestreitet sie nachdrücklich, auch in der Pubertät habe sie keine sexuellen Bedürfnisse empfunden, der Ehemann sei der erste Freund gewesen.

Andererseits kritisiert sie mehrfach, daß die Mutter ihre Aufklärung versäumte, so daß eine Haushaltshilfe ihr anläßlich der Menarche erklären mußte, die monatliche Blutung sei - "wie Spülwasser" - etwas Alltägliches, das man hinnehmen müsse. Auch litt die Kranke seit dem 18. Lebensjahr während der Menstruation an heftigen Beschwerden: Rücken- und migräneartige Kopfschmerzen nötigten sie oftmals, vom Dienst nach Hause zu gehen, wo sie dann meistens erbrechen mußte.

Umso glücklicher sei sie darum gewesen, daß die eheliche Sexualbeziehung wider Erwarten (!) bis zum Ausbruch der Zwangskrankheit so harmonisch verlaufen sei.

Doch tauchten auch in der Ehe von Anfang an Schwierigkeiten auf, allerdings

weniger zwischen den Eheleuten selbst als mit der Familie des Bruders. Insbesondere die Schwägerin beschreibt Frau S. als mißgünstig und streitstüchtig, überheblich, dumm und taktlos: "sie, die 'extrem katholisch' jeden Tag in die Kirche ging, unterstellte mir ohne einen einzigen Beweis ein Verhältnis mit dem Kriegskameraden meines Mannes!"

Tiefer noch kränkte sie die ständige Behauptung der Schwägerin, die auch der Bruder unterstützte, die Zwangerserscheinungen müßten bei gutem Willen zu beherrschen sein. Dabei habe ihre eigene Entschlußfähigkeit und Willensstärke sehr zu wünschen übrig gelassen, der begabte "studierte" Bruder habe "die Frau aus einfachem Hause" zeitlebens dominiert. Ihm habe sie die verständnislose Haltung besonders übel genommen, da er selbst nach dem Tod der Mutter an einer "Nervenkrankheit" gelitten habe.

Auch die Beziehung der Patientin zu ihrer Mutter war nach wie vor problematisch. Nachdem diese sich von ihrer Krankheit zu Beginn der Dreißiger Jahre nie ganz erholt hatte, litt sie seit dem Krieg zusätzlich an einer chronischen Nierenerkrankung; 1948 mußte deshalb eine Niere entfernt werden, ein der Patientin unvergeßlich furchtbares Ereignis. Obwohl überzeugt, die 78jährige werde die Operation überleben, sei sie damals das Gefühl, die Mutter "werde wie ein Lamm zur Schlachtbank geführt", nicht losgeworden.

1950 nahm die Familie, als sie in München eine größere Wohnung mieten konnte, die kranke Mutter zu sich.

Von 1956 bis zu ihrem Tod (1963) lebte sie im Altersheim.

In diesen sieben Jahren versuchte Frau S., den Lebensabend der Mutter so schön wie möglich zu gestalten; des Vaters Voraussage, auch das letztgeborene, ungewollte Kind könne der Mutter eines Tages noch von Nutzen sein, sollte sich erfüllen. Trotz aller Bemühungen - die Patientin überließ der Mutter das Kochen, ihre Lieblingsbeschäftigung seit je - fühlte die alte Frau sich im Haushalt der Tochter nicht wohl, trauerte der Vergangenheit nach, zankte und kritisierte wie früher. Offensichtlich hatte sie das Bedürfnis zu streiten, die Möglichkeit, zur Familie des geliebten Sohnes zu ziehen, schloß sie aus. Hingegen vermachte sie ihm das gesamte Vermögen, der Tochter nur den alten, ihr wahrscheinlich wertvoll erscheinenden Pelzmantel, den sie, Paula, jedoch niemals hätte tragen können. Die Kranke lies ihn von einem Neffen verkaufen und brach-

te den Erlös auf die Sparkasse.

Als Gnade hingegen empfand die Patientin das bis 1957 angeblich so ungetrübte Eheleben. Der Mann, sehr ernst als sie ihn kennenlernte, sei unter ihrem Einfluß zunehmend heiterer und aufgeschlossener geworden. Daß er, wie sie selbst, offenen Streit zu vermeiden trachtete, schätzte sie, andererseits kritisierte sie, daß seine Nachgiebigkeit ihn hinderte, sich den ständigen Nörgeleien seiner Schwester und des Schwagers zu widersetzen. Lediglich diese seine Unfähigkeit sich zu behaupten und die "Unsitte", gelegentlich spät nachts oder erst am Morgen heimzukommen, ohne sie zu benachrichtigen, habe Anlaß zu Meinungsverschiedenheiten zwischen ihnen gegeben. Obwohl er sich stets entschuldigte, habe sie ihm schwer verzeihen können, tagelang wortlos gelitten und nicht mehr schlafen können.

1946 wurde Carmen, die einzige Tochter geboren. Daß sich ihr Wunsch, ein Mädchen zur Welt zu bringen erfüllt hatte, erlebte Frau S. wiederum als Gnade. Das Kind war gesund, kräftig und, wie die Patientin mehrfach betont, auffallend hübsch, so daß jeder sie darum beneidet habe. Im Alter von einem Jahr sei sie bereits trocken, ja überhaupt leicht zu erziehen gewesen. Wenngleich von klein auf "willensstark und von entschlossenem Charakter", leistete Carmen der Mutter doch keinen Widerstand. Diese suchte zwar übermäßige Strenge, die sie selbst erfahren hatte, zu vermeiden, doch forderte sie Fügsamkeit und Gehorsam. Strafen verhängte sie selten und nur in Form von Hausarrest. Fragen und Ängste des Kindes bemühte sie sich, mit ihm zu besprechen oder zu beschwichtigen, die sexuelle Aufklärung hingegen umging auch sie. Die Antwort, Kinder würden "aus Blumen geboren", sei für die Tochter zunächst ausreichend gewesen, später mit Eintritt der Menarche habe sie ihr das Notwendige erklärt.

Einen einzigen "Fehler" habe sich Carmen in der ganzen Kindheit zuschulden kommen lassen: während eines Ferienaufenthalts der Familie erkrankte das Kind so schwer an einer Darminfektion, daß der Urlaub abgebrochen werden mußte. Damals habe die Tochter ihnen "alles verdorben".

Der Vater, ausgefüllt von Beruf und Hobbys, spielte in der Erziehung Carmens eine untergeordnete Rolle. Doch am Familienleben, gemeinsamen Ausflügen am Wochenende nahm er gern und regelmäßig teil. Auch schätzte er die "Gemütlich-

keit" der häuslichen Atmosphäre, die seine Frau, nachdem der Kindertraum einer eigenen Wohnung "voll von Licht, Luft und Sonne" sich endlich erfüllt hatte, so schön wie möglich zu gestalten suchte. Das ersehnte Zuhause nach eigenem Geschmack, vor allem "ordentlich und sauber" einrichten zu können, bedeutete ihr Ersatz für den verwehrteten Beruf der Innenarchitektin.

All dies änderte sich plötzlich, als die Familie 1956 aus dem gemeinsam in einem Bauernhaus auf dem Land verbrachten Urlaub nach München zurückkehrte. Frau S. begann unvermittelt, den Angehörigen Vorwürfe zu machen, besonders gegenüber der Mutter, deren angeblich offene Ablehnung sie bisher schweigend hingenommen hatte, verhielt sie sich so streitsüchtig, daß der Ehemann sich gezwungen sah, die alte Frau wenig später in einem Altersheim unterzubringen.

Nach dem Auszug fand die Patientin einen alten Waschlapfen der Mutter, der, wie sie plötzlich fürchtete, die Wohnung verunreinigen könnte; sämtliche Zimmer mußten auf ihren Befehl neu gestrichen werden. Außerdem befahl sie das Gefühl, "irgend etwas zehre an ihr", "es gehe innerlich mit ihr abwärts". Sie wurde unruhig, die Hände zitterten, ständig fror sie, konnte kaum mehr schlafen und war häufig deprimiert. Sie verbrachte Stunden auf der Toilette, wobei "aus ihren Beinen alles Wasser abgegangen" sei, so daß sie in wenigen Wochen zwanzig Kilo an Gewicht verloren habe.

Hinzu kam der Ekel vor dem eigenen Urin, später den Geschlechtsorganen, die Furcht, ihre Füße, dann auch Hände und Arme zu bespritzen; der anschließende Zwang, sich zu waschen, griff bald auf alles, was mit ihrem Körper in Berührung kam, über: Kleider, Leibwäsche und Möbel; schließlich konnte sie selbst nichts mehr anfassen: wie erstarrt lag sie - so berichtet uns die Tochter - morgens auf dem Bett, angekleidet, in der gleichen Haltung, wie sie sich am Abend hingelegt hatte. Später vernachlässigte sie ihre Körperpflege, badete und wechselte ihre Kleidung nur einmal wöchentlich; den Zwang, die Hände zu waschen, hingegen behielt sie bei. Es entwickelte sich eine schwere Waschmitteldermatitis, außerdem infolge des Zwangs stehenzubleiben, aus Angst, die Stühle zu beschmutzen, eine ausgeprägte Varikosis beider Unterschenkel mit Ulcera cruris und eine Arthrose der Hüftgelenke.

Ein geordnetes Familienleben war von diesem Zeitpunkt an nicht mehr möglich.

Die gesellschaftlichen Beziehungen zu Verwandten und Freunden wurden abgebrochen, die Eheleute entfremdeten sich einander. Der Mann zeigte sich hinsichtlich ihrer Weigerung, den Geschlechtsverkehr fortzusetzen zwar verständnisvoll, versorgte, als Carmen noch zu klein war, den Haushalt; auch er aber habe die Krankheit im Grunde nicht ernst genommen und wie die übrige Verwandtschaft behauptet, "diese Einbildungen müßten sich durch Willenanstrengung überwinden lassen".

Umso erleichterter war die Patientin, als Carmen dem Vater endlich zur Hand gehen und schließlich den Haushalt allein führen konnte, wenn sie, die Mutter, auch "alles von oben" habe ordnen und regeln, sich notgedrungen am Schmutz und Unordnung habe gewöhnen müssen. Noch sei die Familie auf die Hilfe der Tochter angewiesen; als Carmen kürzlich wegen einer Abmagerungskur in der Klinik lag, sei der Haushalt nahezu zusammengebrochen. Auch die Tochter sei wie sie selbst in den Entwicklungsjahren zu dick geworden, auch leide sie unter den gleichen Brechdurchfällen, ähnlichen Kopfschmerzen, wie die Patientin sie aus der eigenen Kindheit erinnert.

Im übrigen habe Carmen den gleichen Humor wie die Mutter, sei begabt und tüchtig in ihrem Beruf als mathematisch-technische Assistentin. Die Ausbildung hatte man gefördert, da dem Kind aus der Krankheit der Mutter nicht ähnliche Nachteile erwachsen sollten wie dieser selbst. Sexuell sei sie weniger interessiert, vermutlich aufgrund ihrer außerordentlichen Korpulenz.

1958 unterzog sich die Patientin zweimal einer stationären Behandlung in der hiesigen Klinik; da Elektroschocktherapie und Megaphenkuren erfolglos blieben, wurde 1959 die Leukotomie durchgeführt. Daraufhin verschwanden zwar die Schlafstörungen, Depressionen wurden seltener - die Migräne war seit Ausbruch der Zwangsstörung nicht mehr aufgetreten -, allein die Zwangssymptome blieben unbeeinflussbar. Auch die 1960 hoffnungsvoll begonnene Psychotherapie habe auf die Dauer lediglich eine finanzielle Belastung bedeutet. Die Analytikerin, "wohl in Unkenntnis, daß schlechte Nerven nicht so schnell gesund werden", habe ausschließlich nach "Ursachen" forschen wollen und Träume verlangt. Zeit ihres Lebens, so behauptet Frau S. habe sie selten geträumt und nur von schönen Gegenständen oder Blumen, niemals von "schlimmen und an-

stößigen" Dingen.

Infolgedessen wurde die Analyse nach drei Jahren unbeendet abgebrochen, auch war Frau S. durch die Zwänge in zunehmendem Maß daran gehindert, das Haus zu verlassen. Doch, wie sie heute sehe, könne sie ja ebenso gut ohne Psychotherapie leben.

Gleichwohl entschloß sich die Familie angesichts der unsicheren Zukunft - früher oder später würde die Tochter das Elternhaus verlassen - zu einer weiteren Krankenhausbehandlung. Bei der Aufnahme wurde die Patientin von einer Nachbarin begleitet; der Ehemann, völlig außer Fassung geraten, sei dazu nicht imstande gewesen.

Zur Eigencharakterisierung gibt Frau S. folgende Beispiele an:

Bereits in der Kindheit erlebte sie sich als "dunkel" und minderwertig: im Spiel mit der (blonden) Freundin, die einen Schmied verkörperte, war sie ein Rappe; im Verhältnis zum Bruder, dem Bauherrn und Architekten, sein Handlanger.

Ähnliches drücken ihre Assoziationen zwischen Buchstaben und bestimmten Farben mit Bedeutungsgehalten aus: A erscheint ihr beige, hell, I hellgrau, U braun und dunkel. Dazu gibt sie spontan die Erklärung: "Carmen ist hell, Mutti dunkel und Vati ganz hell. Aber deshalb meine ich nicht, daß ich dunkel sei."

Schließlich erkennt sie in ihrem Sternbild, dem des Fisches, ein Symbol ihres Wesens und ihrer aktuellen Situation: "Ich bin ein Fisch, ein bleierner Fisch, kann nur im Seichten schwimmen. Ein Fisch sollte ja eigentlich schwimmen können, - Carmen ist eine gute Schwimmerin; ganz allein im See der Sonne entgegen zu schwimmen, das stelle ich mir herrlich vor! Aber ich habe Angst im Tiefen, kann nicht richtig atmen, weil ich's nicht gelernt habe. Als Kind hieß man mich verbockt, doch schnürte mir nur das Leid, das ich mit niemandem besprechen konnte, die Kehle zu."

Im gleichen Zusammenhang steht das Bild: "Ich fühle mich wie eine Birke, die der Sturm am Boden geknickt hat, die mit Erde bedeckt ist,"

Das Gefühl, "anders, danebengestellt, vom Normalen abgeschnitten zu sein" suche sie weder mit Klagen offen auszudrücken, noch mit Gegenangriff zu beherrschen, sondern mit Heiterkeit zu überspielen.

Verhalten in der Klinik

Von diesem Versuch, "das Unabänderliche" mit Humor zu tragen, werde auch ihr Verhalten auf der Station bestimmt. Das Verhältnis zu den anderen Patientinnen sei dementsprechend gut; ihren Geschichten und selbstgemachten Versen, wodurch sie jene aufzumuntern suche, bringe man allgemein Bewunderung entgegen und lobe "ihren guten Kopf". Ihr selbst liege Eigenlob fern. Ihren anfangs gestellten Antrag, auf die Privatstation verlegt zu werden, habe sie aufgrund der ausgezeichneten Patientengemeinschaft daher zurückgezogen. Lediglich die Beziehung zu den Schwestern sei infolge allzu großer Strenge und Bevormundung häufig gespannt.

Verhalten während der Exploration, psychischer und somatischer Befund

Die mittelgroße, etwas korpulente Patientin erscheint besonders im Gesicht jünger als es ihrem Alter (51) entspricht; Physiognomie und Mimik wirken wenig ausgeprägt, um so lebhafter ist dagegen der Ausdruck ihrer Augen. Die Arme hält sie gestreckt so weit vom Körper entfernt, daß sie sich nirgendwo berührt. Desgleichen vermeidet sie, der Ref. bei der Begrüßung die Hand zu geben. An der Haut - sie ist weiß, rissig und atrophisch - lassen sich deutlich die Spuren des Waschzwangs erkennen. Die bläulich-braune Verfärbung der Unterschenkel deutet auf die abgeheilten Ulcera cruris hin. Während der vier jeweils eineinhalbstündigen Explorationen steht die Patientin auf eigenen Wunsch oder geht mit steifem Rücken und ohne die Arme zu bewegen langsam im Untersuchungszimmer umher. Die Fenster bittet sie, zu schließen, da sie ständig friere, was sie durch Einziehen der Schultern und Gebärden des Fröstelns mehrfach deutlich zu machen sucht.

Der Kontakt zu ihr ist bald und ohne besondere Schwierigkeit hergestellt. Bereits in der ersten Stunde berichtet sie mit außerordentlicher Offenheit über ihre Symptomatik und die gestörten Verwandtschaftsbeziehungen. Mit ebensolcher Deutlichkeit sucht sie die Besprechung anderer Themen, vor allem die sexuelle Problematik zu umgehen. Dabei entsteht der Eindruck eines beträchtlichen Sekundärgewinns. Zwar höflich, doch bestimmt erkundigt sie sich mehrfach nach dem Zweck dieser weiteren Exploration, bemüht sich um eine mög-

lichst bildhafte, interessant wirkende Darstellung. Dabei spricht sie schnell und gleichmäßig laut, allerdings je nach dem Affekt mit unterschiedlichem Tonfall.

Die emotionale Beteiligung ist ausgeprägt und reicht von lautstarker Begeisterung bei der Charakterisierung der Tochter bis zu heftigem Weinen im Zusammenhang mit der Schilderung der Mutter.

Vegetative Begleiterscheinungen werden objektiv sichtbar als Schwitzen an den Händen; subjektiv äußert die Patientin Beklemmungsgefühle in der Herzgegend und Ermüdung, drängt - im Widerspruch zu langatmigen Ausführungen und Wiederholungen -, die Befragung abubrechen.

Ihre Intelligenz erscheint gut entwickelt, wobei insbesondere eine ausgeprägte Assoziationsfähigkeit auffällt. Die Isolierung der Zwangsvorstellungen vom im übrigen logischen Denken wird im Fall der Patientin Paula S. besonders deutlich.

Bei der 51jährigen Patientin von pyknischem Körperbautyp erheben wir folgende somatische Untersuchungsbefunde:

Auskultatorisch findet sich ein leises Systolikum im 5. ICR links, MCL, Stenosegeräusche über beiden Carotiden bei schwerer arterieller Hypertension (190/110 mm Hg).

Die aktive und passive Beweglichkeit der großen Gelenke, insbesondere der Hüftgelenke und der Wirbelsäule, ist eingeschränkt. Die Patientin gibt Schmerzen beim Gehen an.

An den Unterschenkeln fallen ausgeprägte Ödeme, trophische Störungen und Hyperpigmentierung (Zustand nach Ulcera cruris) auf. Die Rückenmuskulatur ist verspannt. Im übrigen ist der körperliche Befund unauffällig.

Diskussion

Ausdrucksformen der Aggression

Anamnestische Angaben zur gegenwärtigen Situation und Verhaltensbeobachtung lassen Äußerungen spontan-aktiver Aggression vollständig, reaktiv-defensiver und aktiv-destruktiver Aggression weitgehend vermissen: an der Verwirklichung aktueller Wünsche und Ziele, eines geordneten, harmonischen Familienlebens wird die Patientin durch ihre Zwangssymptome gehindert ("Ich habe mich an Schmutz und Unordnung gewöhnen müssen"), den Vorwürfen und Nörgeleien des Ehemanns, Beschuldigungen der Verwandten sieht sie sich hilflos ausgeliefert, ist nicht in der Lage, entschiedenen Widerstand zu leisten oder offensive Auseinandersetzung zu suchen. In welchem Ausmaß feindselige Affekte gegen die Umwelt jedoch latent vorhanden und unbewußt wirksam sind, verraten scheinbar nebensächliche Bemerkungen im Gespräch insbesondere über die Person der Mutter, die starke emotionale Beteiligung und die zu beobachtende ambivalente Einstellung zur gesamten Familie. Derartige Äußerungen von Mißtrauen, Ressentiment etc. können subjektiv nicht mehr erlebt werden ("ich bin nicht aggressiv") oder sind von so heftiger Angst und Schuldgefühl begleitet, daß die Kranke sie zwanghaft mit dem Hinweis, der Betreffende könne ja nichts dafür, ungeschehen machen muß.

Deutlicher wird die Virulenz untergründiger Feindseligkeit in einigen Phantasien offenkundig aggressiven Inhalts: Anlässlich der Nierenoperation ihrer Mutter hatte Frau S. die Vorstellung, jene "werde wie ein Lamm zur Schlachtbank geführt"; den Erlös aus dem Verkauf des ererbten Pelzmantels wagte die Kranke nicht anzurühren, sie trug das Geld - man glaubt sich an die "dreißig Silberlinge" des Judas erinnert - auf die Sparkasse.

Im wesentlichen repräsentieren Phantasien und Denken der Patientin jedoch die dem Zwangsneurotiker eigentümliche Verarbeitung des Aggressionskonflikts mittels Rationalisierung und Intellektualisierung (ELHARDT 36, QUINT 110). Mehrfach betont Frau S., sie suche offenen Streit zu vermeiden, Schwierigkeiten mit Ehemann und Tochter "durch Vernunft und Humor" zu bewältigen; wir konnten beobachten, welchen Stellenwert 'der Kopf' in ihrem Erleben be-

sitzt (Erinnerungen von Schlägen auf den Kopf während der Schulzeit, Stirnhöh-
leneiterung und Migräne in der Pubertät, Neid auf den "guten Kopf" des Bru-
ders, Wunsch selbst etwas zu lernen, später Stolz auf den eigenen "guten Kopf",
die eigenen Gedichte, etc.), wie die intellektuelle Leistung gleichermaßen "die
Funktion eines überkompensierenden Ersatzes" gewinnt und "einem Rückzug
aus der handelnden Welterfahrung" entspricht (QUINT 110).

Somatische Äquivalente gehemmter Aggression finden wir in Ausdrucksarmut
von Mimik und Gesten, starrer Körperhaltung, Verspannungen der Rückenmus-
kulatur sowie aktiver und passiver Bewegungseinschränkung der großen Gelen-
ke. (U. a. QUINT 110, A. FREUD 41). SCHWIDDER (118) stellt zur Diskussion,
daß durch frühzeitige Hemmung motorisch-aggressiver Bedürfnisse die zen-
tral-nervöse Regulation der Motorik gestört wird.

Auch die psychosomatischen Symptome, die wir im Fall von Frau S. beobach-
ten konnten, werden von einigen Autoren als Ausdruck unterdrückter Feind-
seligkeit gewertet: Essentielle Hypertonie (GLATZEL 68, CHRISTIAN 28,
WYSS 131), Schlafstörungen als Bestandteil des "zwangsnervösen Organ-
syndroms" (SCHWIDDER 118) und Migräne (GLATZEL 68, SCHWIDDER 118,
GARMA 63), wobei GARMA migräneartige Kopfschmerzen mehr durch gegen
die eigene Person gerichtete als auf die Umwelt bezogene Aggression bedingt
sieht.

Die Annahme, daß den genannten psychosomatischen Störungen derselbe intra-
psychische Konflikt zugrunde liegt, wird durch den anamnestisch gefundenen
Symptomwandel: Migräne - Depression - Schlafstörungen - Migräne - Zwangs-
neurotische Symptome - gestützt.

Im Zwangsgeschehen selbst läßt sich die aggressive Thematik in dreifacher
Ausprägung erkennen:

a) Der Inhalt der Symptome: Ekel vor dem eigenen Körper, insbesondere den
Exkretionsvorgängen, Berührungsfurcht, sekundäre Waschzwänge und Vermei-
dungsreaktionen - wird in Anlehnung an S. FREUD (LOCH 90) gemeinhin als
Abwehr anal-erotischer Triebansprüche gedeutet. Der Waschzwang gilt als
Prototyp gestörter Sexualerziehung. Schon W. REICH (111), später LINCKE

als Referent ethologischer Forschungen (89), LOCH (90) et al. interpretieren Wasch- und Ptzwänge auch als Äquivalente verdrängter oder gehemmter Aggression: "Ich wasche meine Hände in Unschuld" (LINCKE).

b) Ferner bedeuten Zwangshandlungen, wie wir in der Falldarstellung Anna O. gesehen haben, Befriedigung des "unbewußten Strafbedürfnisses", Gehorsam vor der strengen Über-Ich-Instanz (LOCH 90): Hautverletzungen, Coxarthrose, Zerstörung des Ehe- und Familienlebens sind die Konsequenz zerstörerischer, gegen die eigene Person gerichteter Aggression.

c) Schließlich gewährt die Neurose auch ein Minimum direkter Triebbefriedigung, d. h. umweltbezogener Aggression: es zeigte sich, daß Frau S. als Kind die Erfahrung machen mußte, sich nur durch Fluß in die Krankheit gegenüber der Mutter behaupten und deren Zuneigung gewinnen zu können. Auch die gegenwärtigen Symptome der Patientin tragen diesen "Aufforderungscharakter" (K. LEWIN zit. n. 5), beinhalten Reste spontan aktiver bzw. reaktiv-defensiver Aggression: Wunsch nach Anteilnahme und Selbstbehauptung. Darüberhinaus befriedigt sich durch die Zwänge auch aktive Destruktivität: in Analogie zum Rollenverhalten im Elternhaus beherrscht Frau S. ihre Angehörigen, auch sie bestimmt "von oben", wie der Haushalt zu führen ist, hindert durch ihre Erkrankung Mann und Tochter in beträchtlichem Maß an eigener Entwicklung.

Entwicklungsbedingungen und -phasen der Aggression

Erinnern wir uns einiger biographischer Daten aus der Kindheit: Paulas Vorliebe für Spiele im Freien, Rad- und Karussellfahren, so darf bei aller gegebenen Zurückhaltung eine ursprünglich ausgeprägte Vitalität des Kindes angenommen werden. SCHWIDDER (118, 119), BRÄUTIGAM (22) erkennen in "starken primären Antriebskräften" eine bei entsprechenden Milieuschäden zur Zwangsneurose disponierende Konstitution. Nach BRAST (23) begünstigt angeborene Vitalität vor allem das Entstehen von Zwangshandlungen.

Die Überwertigkeit des Denkens, die wir im Fall von Frau S. beobachten konnten, wird u. a. auch auf einen angeborenen Intelligenzfaktor zurückgeführt (QUINT 119).

Fraglich bleibt die familiäre Belastung. Die sehr ungenaue Angabe der Patien-

tin über eine Nervenkrankheit der Großmutter, die ebenfalls nicht näher umschriebene Erkrankung des Bruders und der Selbstmord des Vaters lassen an eine genetische Disposition denken, allerdings ist die Erbgrundlage der Zwangsneurose nach LUXEMBURGER (zit. n. 23) grundsätzlich noch ungeklärt.

Unter den überindividuellen Umweltbedingungen muß zunächst die Zeit, in der Frau S. aufgewachsen ist, berücksichtigt werden. Das Kind war fünf Jahre alt, als der Erste Weltkrieg ausbrach und der Vater zum Militär eingezogen wurde. Schon früher infolge seiner Berufstätigkeit in der Rolle des "unsichtbaren Vaters" (A. MITSCHERLICH 101), bedingte seine nunmehr ständige Abwesenheit in Verbindung mit kriegsbedingter Unsicherheit und wirtschaftlicher Not eine weitgehende "Zerstörung des Nests" (A. MITSCHERLICH 99). Auch des Vaters Mißachtung von Berufswünschen und -ansprüchen seiner Tochter spiegelt nicht nur seinen persönlichen Mangel an Weitblick, sondern steht exemplarisch für eine damals noch allgemein akzeptierte gesellschaftliche Unterdrückung der Frau.

Für die mangelhafte Ausbildung sozial fruchtbarer Aggression, für die Entwicklung neurotischer Aggression bis hin zur jetzigen Erkrankung waren die individuellen Umweltbedingungen der Patientin jedoch wesentlich bedeutsamer. Die Stellung des jüngsten, obendrein unerwünschten Kindes in der Geschwisterreihe mag hier als Grundvoraussetzung gelten. Begünstigend wirkten beengte Wohnverhältnisse (BOEHM 18); die Einquartierung des Kindes neben dem als grauenhaft erlebten Speicher trug offenbar zur Ausbildung übermäßiger Dunkelheitsängste und früher Sicherungsmaßnahmen bei. Für die Hemmung des kindlichen Expansionsdrangs, seiner motorisch-aggressiven Bedürfnisse entscheidend aber war die ablehnende Haltung der Mutter. Ihre oben ausführlich geschilderten Erziehungsprinzipien und -praktiken, verbunden mit der Vorzugsstellung, die sie angeblich dem Bruder gewährte, ihre dominierende Rolle in der Ehe, welche der Indifferenz des Vaters noch Vorschub leistete, die Bagatellisierung der kindlichen Dunkelheitsängste, all dies vermittelte Paula das Gefühl, nicht geliebt, an eigener Entfaltung gehindert, nur als nützliche Arbeitskraft mißbraucht zu werden. Ähnliche Aggression hemmende Konstellationen der frühkindlichen Prägungswelt haben BERNA (15), ZULLIGER (133), SINGEISEN (122) aus Analysen zwangsneurotischer Patienten herausgearbeitet.

(Vergl. auch SCHOTTLAENDER 116; DÜHRSEN 32; SCHWIDDER 119; QUINT 110.)

Direkte Abwehr der erfahrenen Kränkungen und Einengung durch offenen Trotz war dem Kind schon damals unmöglich: "Ich habe alles in mich hineingefressen, das Leid schnürte mir die Kehle zu, ich war allein mit meinem Kater." Es reagierte mit häufigem Erbrechen, was von der psychoanalytischen Theorie als psychosomatischer Ausdruck untergründiger Auflehnung gedeutet wird (GLATZEL 58; ELHARDT 36), und erreichte damit, wenn zunächst auch in Form von Vorwürfen, die Aufmerksamkeit der Mutter. Später gewann Paula im Krankheitsfall auch deren Zuneigung, so daß ihr der Ausweg in die Krankheit als aggressive Möglichkeit nahegelegt wurde.

Da die "eigenen aggressiven Impulse" im übrigen "niemals konstruktiv entwickelt werden" konnten (A. MITSCHERLICH 100), "mußten libidinöse Objektbeziehungen ohne die Hilfe der Aggression ohnmächtig bleiben"; Kontaktscheu, Isolierung von Gleichaltrigen, später Pubertätsaskese und Intellektualisierung (A. FREUD 41) entwickelten sich als "primäre Abwehr" (S. FREUD 45) gegen die Angst vor der nunmehr ins Über-Ich verlagerten, gefürchteten Mutterfigur.

Daß die Eltern auch den unbewußten Versuch des Mädchens, Aggression über die intellektuelle Leistung zu realisieren, boykottierten, indem sie die Ausbildung verweigerten, daß auch die extrem katholische Volksschulerziehung, später die Mitgliedschaft beim BDM hemmend auf den Reifungsprozeß, insbesondere der Sexualentwicklung wirkten, muß als wesentliche Bedingung dafür gewertet werden, daß Paula sich in zunehmendem Maß auf Tagträumereien und Omnipotenzvorstellungen zurückzog. Die in der Phantasie erlebte Befriedigung umfaßt Triebqualitäten mit passivem Ziel einerseits: die helle, luftige Wohnung als "Geborgenheitssymbol" (BRAST 23), andererseits kompensiert sich unerfülltes Machtstreben, aktive Aggression in der Begeisterung für "männliche" Sportarten, wie Skilauf und Fliegerei (SCHWIDDER 118; DÜHRSEN 33; ZULLIGER 132). Bald reichten die von S. FREUD so bezeichneten "primären Abwehrsymptome" (45) allerdings nicht mehr aus, den intrapsychischen Konflikt im Gleichgewicht zu halten; unter dem Druck der "physiologischen Triebverstärkung in der Pubertät" (S. FREUD 59) durchbrachen erste Neurosymptome "die Periode der scheinbaren Gesundheit" (45): Angst, in Geschäfts-

briefen etwas Falsches niedergeschrieben zu haben, Betzwan, die nahezu wahnhafte Vorstellung, nach dem Tod des Vaters so extrem abgemagert zu sein.

ZULLIGER (133) betont, daß Zwangssymptome bei Jugendlichen häufig anzutreffen und in der Vielzahl der Fälle reversibel seien. Auch im Fall der Patientin Paula S. legt die weitere Verfolgung ihrer Biographie, besonders die Heirat und anfangs angeblich so harmonische Ehe die Vermutung nahe, als sei der Krankheitsverlauf von einer spontanen Besserung unterbrochen worden. Indes unterstützt die dargestellte höchst ambivalente Einstellung der Kranken zum Ehemann eher die Auffassung, daß die Partner-"wahl" hauptsächlich unter dem Aspekt der Sehnsucht nach Geborgenheit getroffen wurde, somit keiner reifen Entscheidung auf der Basis "gekonnter Aggression" (A. MITSCHERLICH) entspricht und ungelöste Feindseligkeitskonflikte nach wie vor wirksam waren.

Als unmittelbare Auslösesituation für die Zwangsneurose in ihrer gegenwärtigen Ausprägung wirkte ein 1956 von der Familie gemeinsam verbrachter mehrwöchiger Urlaub auf dem Land. (Dies Detail der Biographie wurde den Unterlagen der Universitäts-Nervenlinik München aus dem Jahr 1958 entnommen, in der Exploration berichtet die Patientin nichts davon.) Es wäre denkbar, daß durch die als unheimlich erlebte Umgebung - die Familie hatte ein weiträumiges, zum Teil verfallenes Bauernhaus bewohnt -, Ängste der Kindheit so sehr belebt wurden, daß unter einem plötzlichen Triebdurchbruch sämtliche Abwehrmechanismen zusammenstürzten. Dies würde das den Angehörigen so unverständliche Phänomen erklären, daß Frau S. ihre Verwandten, insbesondere die Mutter nach der Rückkehr aus den Ferien mit unkontrollierten Aggressionen überschwemmte. Damit verbundene ebenso extreme Schuldgefühle, die Verstärkung der Über-Ich-Angst waren anschließend durch die bisher praktizierten Abwehrmechanismen (Intellektualisierung, Rationalisierung) und psychosomatische Symptome (Migräne) allein nicht mehr zu binden, sondern konnten nur mehr in Form schwerster Zwänge (Waschzwang) unschädlich gemacht werden.

Die schließlich notwendige Übersiedelung der Mutter ins Altersheim provozierte neues Schuldgefühl; der alte Waschlappen, den die Patientin nach dem Umzug

fang, gewann gleichsam die Bedeutung eines Mahnzeichens der eigenen Schuld und Verkörperung der gehaßten Mutterfigur, er gab den Anstoß zu neuen Formen der Abwehr: die Aggression mußte ungeschehen gemacht werden im Zwang, die gesamte Wohnung zu renovieren. Allerdings ließen sich die Furcht der Kranken, "sich mit dem Waschlappen zu beschmutzen", ihre Schuld- und Strafängste erst damit abwehren, daß sie die Aggression gegen die eigene Person richtete: in der Furcht, sich und die Umgebung durch eigenen Kot und Urin zu beschmutzen, im Zwang zu schmerzhaftem Waschen der Hände, in somatischen Begleiterkrankungen und Zerstörung aller sozialen Bindungen.

Zusammenfassend ergibt die Analyse der Zwangsneurose bei der Patientin Paula S.: vollständiges Fehlen spontan aktiver, weitgehende Hemmung reaktiv-defensiver und aktiv-destruktiver Aggression im direkt zu beobachtenden Verhalten, reaktiv verstärkte, vorwiegend unbewußte Feindseligkeit in Form von Ambivalenz und Ressentiments. In Denken und Phantasien finden wir Intelligenz und Leistung als beherrschende Themen, sowohl im Sinn eines "überkompensierenden Ersatzes" (SCHULTZ-HENCKE) als auch des primären Abwehrsymptoms, der Intellektualisierung; daneben ausgeprägte Gefühle der eigenen Minderwertigkeit, in der Kindheit Erbrechen und Kopfschmerzen, kurz vor dem Ausbruch der Neurose Schlafstörungen und Migräne, bei der gegenwärtigen Untersuchung eine essentielle Hypertension als Äquivalente unterdrückter Feindseligkeit; schließlich Zwangsbefürchtungen mit aggressiver Thematik (Störungen der Sexualität blieben unberücksichtigt) und reaktiven Waschzwang mit der Funktion der Abwehr und Befriedigung von Aggression gegen die Umwelt und Selbstbestrafungstendenz.

2.5.3. Krankengeschichte Kreszenz R., Krankenblatt-Nr.: 1234/70

Die 42jährige Patientin Kreszenz R. leidet seit vier Jahren unter der Zwangsvorstellung, irgendwelche Gegenstände, insbesondere Schriftstücke, liegen bzw. fallen gelassen zu haben, ferner ihren Angehörigen oder Berufskollegen etwas gegeben zu haben, was diese schädigen könnte und schließlich, von ihnen etwas Wichtiges zu erhalten, was dann verlorengehen könnte. Als Reaktionsbildung hat Frau R. einen ausgeprägten Frage- und Kontrollzwang entwickelt; die - laut Fremdanamnese - zeitlebens bestehende Höflichkeit und Gewissenhaftigkeit hat sich im Verlauf der Erkrankung extrem verstärkt.

Unter starkem Leidensdruck stehend ist die Patientin dem Rat des Ehemanns und ihrer Mutter gefolgt, sich einer stationären Behandlung zu unterziehen.

Biographische Anamnese

Übersicht:

1928 als einziges Kind der Eltern in bayerischer Kleinstadt geboren.

Vater von Beruf Schneider, Mutter nicht berufstätig,

1934 - 1942 Besuch der katholischen Volksschule,

1942 . 1945 kaufmännische Lehre, bis 1960 Tätigkeit als Büroangestellte,

1960 Heirat eines älteren Postbeamten,

1960 Tod des Vaters nach Herzinfarkt,

1966 Beginn der jetzigen Erkrankung.

Über Kindheit und Entwicklungsjahre kann die Patientin nur knappe, wenig differenzierte Angaben machen. Das soziale Milieu schildert sie als geordnet, die finanziellen Verhältnisse als ausreichend - man bewohnte ein freundliches Zweifamilienhaus, im Erdgeschoß hatte der Vater seine Schneiderwerkstatt eingerichtet -, die Atmosphäre des Elternhauses als harmonisch. Als "anständige, ordentliche" Menschen hätten die Eltern ihres Wissens nie Streit miteinander gehabt, noch habe es Schwierigkeiten in ihrer, Kreszenz', Erziehung gegeben. Vater wie Mutter seien stets fürsorglich um sie bemüht gewesen und hätten "alles für sie getan". Strafen habe sie kaum gekannt, allenfalls eine milde Zurechtweisung, wenn sie sich gelegentlich auf dem Heimweg von der Schule verspätete. Über alles habe sie mit ihnen sprechen können; hatte sie im Dunkeln,

bei Gewitter heftige Angst, oder fürchtete sie sich vor Hunden, (all dies ängstigte sie noch heute), so sei sie stets von den Eltern beruhigt und getröstet worden.

Im übrigen sei sie jedoch kein ängstliches, wenn auch ruhiges Kind gewesen. Gern habe sie im Freien, auf der Straße oder im Garten gespielt; dabei habe sich die Mutter allerdings ständig Sorgen gemacht, weil sie fürchtete, dem Kind könne draußen etwas zustoßen. Um ihr Ängste zu ersparen, blieb Kreszenz daher meistens daheim und beschäftigte sich mit ihren Spielsachen. Diese behandelte sie mit großer Sorgfalt; denn hätte sie etwas zerbrochen, wäre sie vielleicht doch gescholten worden, - und nichts habe sie mehr bedrückt als die - seltenen - Unstimmigkeiten zwischen ihr und den Eltern.

Kreszenz hatte nur wenige Spielkameraden; sie erinnert sich an eine einzige langjährige Freundin, ein "sehr anständiges, ordentliches" Mädchen, das sie am Nachmittag manchmal besuchte. Den Abend verbrachte sie ausnahmslos auch später, als sie schon arbeitete, gemeinsam mit den Eltern.

Die Sauberkeitserziehung des Kindes begann früh, im neunten bis zwölften Lebensmonat, sie verlief angeblich unproblematisch, ebensowenig gab es Schwierigkeiten beim Essen, noch erinnert sich die Kranke, eingenäßt oder Nägel gekaut zu haben. Von Kinderkrankheiten weiß sie nichts, ihr ist lediglich ein Unfall beim Rodeln im Gedächtnis geblieben, bei dem sie sich den Arm brach. Der Gipsverband habe sie damals sehr belästigt, allerdings nicht daran gehindert, weiter zur Schule zu gehen; im Unterricht etwas zu versäumen, habe sie vom "ersten Schultag an" kaum ertragen können.

Acht Jahre lang besuchte Kreszenz die - streng katholisch geprägte - Volksschule, war fleißig und gewissenhaft, eine, wie sie nur zögernd zugibt, der besten Schülerinnen. Zu Lehrerinnen und Mitschülerinnen hatte sie ein gutes Verhältnis; gestraft wurde selten, lediglich eine Lehrerin war "extrem streng": sie bestrafte die gesamte Klasse bei geringfügigen Vergehen von Einzelnen, ohne diese zu ermitteln, gleichsam für eine "Kollektivschuld" mit Schlägen auf die Hände. Andererseits habe man aufgrund ihrer Strenge sehr viel bei ihr gelernt, und, etwas zu wissen habe ihr, Kreszenz, mehr als alles andere bedeutet.

Probleme im Zusammenhang mit der Sexualität traten angeblich weder in der

Kindheit, noch in Schul- und Lehrzeit auf: von frühkindlicher Sexualität, bei spielsweise Doktorspielen, weiß die Kranke nichts, ebenso wenig erinnert sie sich, onaniert zu haben. Die Aufklärung seitens der Mutter erfolgte als sie fünfzehn Jahre alt war beim Eintritt der Menarche, allerdings sehr oberflächlich; das "Notwendige" habe sie schon in der Schule von Mitschülerinnen erfahren. Bis sie mit 32 Jahren ihren Ehemann kennenlernte, hatte sie keinen Freund; sie betont, "eigentlich" auch keine Sehnsucht nach Männerbekanntschaften, weder Zeit noch Gelegenheit dafür gehabt zu haben, da während der Schulzeit die Nachmittage mit Hausaufgaben, die Abende der Lehrzeit mit Arbeiten für die Berufsschule ausgefüllt waren. Auch sei sie sowieso am liebsten daheim bei den Eltern und bestrebt gewesen, ihnen durch Fleiß und gute Zeugnisse Freude zu bereiten. Anlaß zu Tadel oder Strafe habe sie niemals geben wollen. Schließlich habe in jener Zeit - 1944 - kaum jemand große Lust verspürt, sich zu amüsieren.

Nach Abschluß der Lehre als Büroangestellte in einem kaufmännischen Betrieb des Heimatorts und Ablauf des Pflichtjahres im Arbeitsdienst trat Kreszenz, nachdem sie noch ein Jahr lang in der Lehrfirma gearbeitet hatte, eine neue Stelle in einer benachbarten Kleinstadt an. Hier wie dort habe man sie als fleißige und gewissenhafte Kraft zu schätzen gewußt.

Zu ihrer neuen Arbeitsstelle mußte Kreszenz täglich eineinhalb Stunden mit der Eisenbahn fahren. Als sie im Bahnhofsrestaurant einmal auf den Zug wartete, lernte sie "aus Zufall" ihren künftigen Mann kennen. Sie seien einander sofort sympathisch gewesen, hätten sich daher etwa zwei Jahre lang jeden Sonntag an der betreffenden Bahnstation getroffen, um Ausflüge in die Umgebung zu unternehmen. Da sie den großen Wunsch hatte, eigene Kinder aufzuziehen, obendrein wenig Lust verspürte, zeitlebens im Büro zu arbeiten, besonders aber, weil sie sich fürchtete, nach dem Tod der Eltern endgültig allein zu sein, stimmte sie seinem Heiratsantrag zu.

Schon kurz nach der Eheschließung (1960) starb der Vater an den Folgen eines Herzinfarkts; er hatte jahrelang an Angina pectoris gelitten. (Die Anfälle des Vaters und die ängstlich-gedrückte Stimmung, die dabei zu Hause herrschte, gehören zu den wenigen Begebenheiten, an die sich Frau R. heute genauer erinnert, die sie ausführlicher zu schildern vermag.)

Fünf Wochen später verunglückte der Ehemann und erlitt einen Schädelbasisbruch. Vom Erlebnis des Todes ihres Vater noch überwältigt, erschütterte Frau R. diese zweite Unglücksnachricht so sehr, daß sie vorübergehend, "am ganzen Körper steif vor Schreck", sich nicht mehr bewegen konnte, insbesondere die Hände "seien wie gelähmt gewesen". Gleichzeitig stellten sich heftige Herzbeschwerden ein: Beklemmungsgefühle und Herzklopfen. Sie besserten sich zwar nach ärztlicher Behandlung, traten jedoch von diesem Zeitpunkt an bei Aufregungen stets wieder auf.

Trotzdem übernahm die Patientin, neben der Hausarbeit, bis zu seiner Entlassung aus der Klinik, den Dienst des Ehemanns. Unmittelbar nach der Heirat hatte sie an einem Lehrgang bei der Post teilgenommen und seitdem ein bis zweimal jährlich Urlaubsvertretungen gemacht. Denn sie habe von jeher gern gearbeitet und sich bis zum Beginn der jetzigen Erkrankung niemals überfordert gefühlt.

Auch die Ehe verlief bis dahin ruhig und harmonisch; über "alles", den Haushalt, was angeschafft werden sollte, etc. konnte Frau R. mit dem als ordentlich, fürsorglich und strebsam beschriebenen Mann sprechen; das Gleichmaß des Alltags wurde selten unterbrochen: gelegentlich gingen die Eheleute miteinander ins Restaurant; lebten im übrigen zurückgezogen, hatten wenig Bekannte, verbrachten auch den Urlaub zuhause oder fuhren zur Mutter der Patientin und Verwandten des Mannes.

In den ersten Jahren der Ehe traf sich Herr R. zuweilen mit Arbeitskollegen im Wirtshaus, obwohl seine Frau damit nicht einverstanden war. Sie war der Ansicht, "Verheiratete müßten doch alles gemeinsam machen", - auch die Eltern seien nie einzeln fortgegangen.

Ein einziges Mal nur - kurz vor Ausbruch der Krankheit - gab es angeblich Streit, als der Mann einen unangekündigten Besuch mitbrachte. Im Verlauf der hitzigen Auseinandersetzung seien die Eheleute an einer Glastür so heftig zusammengestoßen, daß die Scheibe zerbrach und Frau R. sich mehrere Schnittverletzungen zuzog.

Auch im Zusammenhang mit dem Geschlechtsverkehr seien zunächst keine Schwierigkeiten aufgetreten, sie bedauere lediglich, bis jetzt keine Kinder zu haben. Wegen ihrer beider Krankheit hätten sie den Wunsch immer wieder auf-

geschoben, und seit zwei Jahren hätten sie keinen Verkehr mehr. "Echte Probleme" zwischen den Ehepartnern entstanden angeblich erst vor vier Jahren, als schleichend die ersten Zwangserrscheinungen bei Frau R. auftraten. Im Gegensatz zum Vater, der sie immer gut behandelt habe, sei der Mann nun häufig recht aufbrausend und "böse", besonders wenn er Alkohol getrunken habe, und werfe ihr Nachlässigkeit in der Arbeit, ja eigentlich ihre Krankheit selbst vor. Geschlagen habe er sie zwar nie, sei meist auch bereit, sich zu entschuldigen, sie könne derartige "Ausbrüche" jedoch nicht sofort vergessen, ihre "Nervosität" (so bezeichnet sie die Zwangssymptome) nehme dadurch vielmehr stetig zu. Vor allem, was mit Papier zu tun habe, fürchte sie sich, beginne beim Anblick von Briefen zu zittern und sei aus diesem Grund nicht mehr imstande selbst zu schreiben, geschweige denn den Dienst bei der Post auszuüben. Den Mann und ihre seit kurzer Zeit bei ihnen wohnende Mutter müsse sie ununterbrochen fragen, ob sie ihnen nichts gegeben oder etwas verloren habe, aus Angst, ihnen zu schaden, und schließlich selbst die Wohnung nach verloren geglaubten Papieren durchsuchen. (Darüberhinaus geht aus der Fremdanamnese des Ehemanns hervor, daß Frau R., bis die aktuelle Symptomatik ihn ablöste, auch an einem Waschzwang litt.)

Nachdem in jüngster Zeit auch ihre Arbeit im Haushalt von der Krankheit in Mitleidenschaft gezogen werde, habe sie nur mehr den Wunsch, daß sich ihr Zustand im Verlauf des Klinikaufenthalts werde bessern lassen.

Verhalten während der Exploration, psychischer und somatischer Befund

Zu einer weiteren Exploration durch die Ref. ist die Patientin sofort bereit, schnell ist ein, allerdings nur oberflächlicher Kontakt zu ihr herzustellen. Beim Betreten des Untersuchungszimmers sucht die zart wirkende Frau nach einem Platz am Tisch, wo möglichst wenig Zeitschriften und Papiere liegen, beobachtet, als Ref. zu schreiben beginnt, ängstlich das Konzeptpapier und muß sich, ehe sie anfangen kann zu sprechen, mehrfach versichern, nichts von der Ref. bekommen zu haben, noch ihr selbst etwas gegeben zu haben. Ihre Bewegungen sind langsam, sparsam, gleichwohl haftet ihrem Gang etwas Unruhiges, Huschendes an. Der Gesichtsausdruck erscheint einförmig ruhig, etwas gedrückt; bei sonst spärlicher Mimik fällt ein häufiges ticartiges Zusam-

menkneifen der Augen auf. Sie spricht sehr leise, ohne Affekt, die Hände hält sie ruhig im Schoß gefaltet. Emotionale Beteiligung, die sich dann auch in ängstlichem Heben der Stimme äußert, zeigt sie nur bei Problemen, die im Zusammenhang mit dem akuten Zwangsgeschehen stehen, selten bei den Angaben zur Biographie.

Diese sind, wie mehrfach angedeutet, oberflächlich, es gelingt schwer, Einzelheiten zu erfahren. Unterschiedlichste Fragen beantwortet die Patientin häufig mit stereotypen Sätzen wie "es war alles normal, meine Eltern waren immer gut zu mir."

Die Intelligenz, insbesondere das Assoziationsvermögen erscheinen wenig entwickelt; Umständlichkeit und Verlangsamung der Denkabläufe äußern sich als ständiges Nachfragen und Wiederholen eigener Aussagen; schließlich imponiert der Zwang der Kranken, jedes Wort einer gezielteren Frage genau zu kontrollieren, und Aufkommen heftiger Angst, wenn diese zu schnell abgehandelt wurde oder sie etwas gesagt hat, was den Betreffenden möglicherweise in ein schlechtes Licht rücken könnte. Vorwürfe gegen den Ehemann beispielsweise, kaum und nur zaghaft ausgesprochen, sucht sie unverzüglich mit der Rückversicherung, daß er nichts davon erfährt, unschädlich zu machen. Ihre Unruhe geht so weit, daß sie nach Beendigung der dritten, abschließenden Exploration mehrmals genötigt ist, am Untersuchungszimmer anzuklopfen und die Ref. zu bitten, Fragen und ihre eigenen Aussagen zu wiederholen.

Der körperliche Untersuchungsbefund der 42jährigen Patientin von leptosomem Körperbautyp ist unauffällig.

Diskussion

Ausdrucksformen der Aggression

Verhaltensbeobachtung und biographische Anamnese der Patientin Kreszenz R. geben keinerlei Hinweise auf offene Aggression in Wort, Handlung oder Phantasie. Es imponiert "eine vollständige Lähmung aller Impulse" (BOEHM 18), die sich bis in die Kindheit zurückverfolgen läßt. Wir begegnen einer unsicheren, ängstlichen, extrem höflichen und gewissenhaften Frau, somit den typischen Charakterzügen des zwangsneurotischen Menschen (S. FREUD 45; BRÄUTIGAM 22; LOCH 90; BERNA 14, et al.). Selbst der in den übrigen Fällen beobachtete Rückzug auf das Denken als "Probehandeln" (S. FREUD) kann bei Frau R. nicht nachgewiesen werden; wir finden Umschlinglichkeit, Verlangsamung und Eintönigkeit der Denkabläufe bzw. -inhalte. Körperhaltung, -bewegungen und Physiognomie erscheinen gleichfalls steif und ohne jeden aggressiven Ausdruck. Die Beobachtung QUINTS (110), daß derartige, beim Zwangsneurotiker häufig anzutreffende Passivität in der Regel keineswegs einer primären Triebsschwäche entspricht, daß sie vielmehr als "spannungsgeladene Passivität" als Resultat heftigster intrapsychischer Abwehrvorgänge gegen bedrohlich erlebte aggressive Impulse aufzufassen ist, finden wir im Fall der Patientin R. bestätigt: in ihrem auffallend unruhigen, huschenden Gang, vor allem aber dem ticartigen Zusammenkneifen der Augen. WILDER (130) deutet den "Tic convulsif" als "eine zum Zwang ausgeartete Abwehr- oder Ausdrucksbewegung", STEKEL (123) spricht vom "steckengebliebenen Impuls". SCHWIDDER (119) postuliert, "daß durch die frühzeitige Hemmung der motorisch-aggressiven Bedürfnisse auch die zentral-nervöse Regulation der Motorik über Großhirnrinde und Stammganglien des extrapyramidalen Systems gestört wird."

Auch die paroxysmale Tachykardie, die bei Frau R. erstmals nach dem Unfall ihres Mannes auftrat und bis heute in Streß-Situationen wiederkehrt, wird von einigen Autoren als psychosomatischer Ausdruck verdrängter Feindseligkeitsantriebe verstanden. (GLATZEL 68; WYSS 131.) SCHWIDDER (118) zählt "funktionelle Herzbeschwerden" neben Obstipation, Kopfschmerz und Schlafstörungen zum "zwangsneurotischen Organsyndrom".

In den zwangsneurotischen Symptomen erscheint Aggression direkt als die Furcht der Kranken, jemandem etwas ihn Schädigendes geben zu können bzw. gegeben zu haben: aufgrund der wenig differenzierten biographischen Angaben muß allerdings die Frage offen bleiben, welche Form der Aggression (Aktivität, Widerstand, Destruktion) im einzelnen mit dem Zwangssymptom abgewehrt wird.

Die Deutung des Waschzwangs als Reaktionsbildung gegen destruktive Aggression haben wir in der zweiten Falldarstellung (Paula S.) bereits erwähnt (LINCKE 89; LOCH 90; QUINT 110). Kontrollzwänge interpretiert BRAST (23) als Reaktionsbildung auf "Widerstand und Auflehnung gegen väterliche Autorität", LOCH als Sicherungsmaßnahmen gegen "sodomasochistische Triebansprüche".

Ein sekundärer Krankheitsgewinn, Beherrschung und Unterdrückung ihrer Angehörigen durch die Neurose, erscheint im Fall dieser Patientin zweifelhaft; zumindest wirkt ihm ein erheblicher Leidensdruck entgegen.

Entwicklungsbedingungen und -phasen der Aggression

Hinsichtlich eines disponierenden Faktors gibt die Biographie keinerlei Hinweise.

Als allgemeine gesellschaftliche Bedingungen wirken - ähnlich wie im Fall der Patientin Anna O. - das aggressionsfeindliche Milieu in Mittelklassen christlichen Bekenntnisses (STORR 125), in "rechtschaffenen, angesehenen Familien" (BRAST 23), sowie der triebunterdrückende Einfluß streng-religiöser Volksschulpädagogik.

Als Basis chronischer Traumatisierungen durch individuelle Verhaltensweisen der Eltern darf die Rolle der Patientin als Einzelkind, "das besonders lange und intensiv ins bewußte Seelenleben der Eltern miteinbezogen wird" (BRAST 23), angenommen werden. Die ohnehin wohl überängstliche ("overprotective", LEVY 88) Mutter konnte so alle positiven (und negativen) Gefühlsqualitäten auf das einzige Kind konzentrieren; indem sie es vom Spiel auf der Straße fern, in der reizarmen Umgebung des Hauses festhielt, verhinderte sie gleichzeitig den Aufbau einer kindlichen Erfahrungswelt - und damit Reifung von Intelligenzfunk-

tionen und Phantasie - und die Befriedigung motorisch aggressiver Bedürfnisse (IMMELMANN 79). A. DÜHRSEN betont, daß "das liebevolle Moralisieren häufig mehr auf die kindliche Expansion" wirke, als "strenge Bestrafung" (34).

In Konsequenz derartiger Erziehung bezogen sich Wünsche, Denken und Handeln des Kindes binnen kurzer Zeit nur mehr auf die Eltern: ihnen durch Leistungen Freude zu machen, sie durch Versäumnisse oder Ungehorsam nicht zu kränken; Kreszenz hatte kaum das Bedürfnis, Freundschaften mit Gleichaltrigen anzuknüpfen, selbst die in der Regel verschärften Triebkonflikte der Pubertät (S. FREUD 59) vollzogen sich lautlos; der Entschluß zur Heirat entsprang nicht einer aktiven Entscheidung, sondern dem Wunsch an der im Elternhaus erfahrenen Geborgenheit - anstelle eigener Entfaltung - festzuhalten.

Mit dem Ziel der Absicherung gegründet, verlief die Ehe der Kranken ebenso einförmig wie ihre Entwicklungsjahre, bis zu dem Tag, als der Vater starb und wenig später der Ehemann verunglückte. Daß im Anschluß an den Unfall ihres Mannes bei Frau R. erstmals psychoneurotische und -somatische Symptome, eine vorübergehende, wohl hysterische Lähmung der Arme und Beine, anschließend Tachykardie und Herzsensationen auftraten, daß beide Ereignisse das bis dahin angeblich stabile Gleichgewicht ihres Daseins im Sinne einer Auslösesituation zerstören konnten, bestätigt die Existenz untergründig wirksamer Triebkonflikte, unbewußter feindseliger Aggression aufgrund früh erlebter Versagungen. SINGEISEN (122) beschreibt die Analyse eines zwangsneurotischen Mannes, der nach dem Tod des Vaters in der unbewußten Vorstellung, ihn ermordet zu haben, schwerste Kontrollzwänge entwickelte. Eine entsprechende Deutung als Angst vor der eigenen Destruktivität wäre auch im Fall der Patientin Kreszenz R. zu diskutieren: ihre Furcht, etwas (Auffallendes, Verdächtiges) liegen gelassen zu haben, etwas Schädigendes aus der Hand zu geben. Daß die Symptome sich nicht unmittelbar nach Ableben des Vaters, sondern erst, als der Mann verletzt wurde, entwickelten, würde die anamnestic begründete Vermutung, Vater und Ehemann seien im Erleben der Kranken identisch, unterstützen. - Ungeklärt bleibt indes, warum zwischen ersten psychosomatischen Störungen und Ausbruch echter Zwänge ein symptomfreies Intervall von sechs Jahren lag.

Zusammenfassung

Hemmung jeglicher Form offener Aggression: Passivität, Phantasie- und Affektarmut bei mäßig ausgebildeter Intelligenz sind im vorliegenden Fall als Ausdruck gestörter Aggressionsentwicklung zu beobachten. Körperliche Starre neben Hyperkinesen (Tic) und psychosomatische Symptome (funktionelle Herzbeschwerden) weisen auf unbewußt wirksame Feindseligkeit hin; Zwangsbehürchtungen und Kontrollzwänge repräsentieren die Abwehr aggressiver Impulse.

2.5.4. Krankengeschichte Brigitte P., Krankenblatt-Nr. 32/70

Die 22jährige Patientin Brigitte P. leidet seit ihrem ersten Lebensjahr an psychomotorischen Anfällen; vor ca. sechs Jahren traten erstmals Zwangsphänomene auf. Dabei handelt es sich um teilweise paranoide Zwangsbefürchtungen, sich oder andere zu schädigen, Versündigungs- und Zukunftsängste verbunden mit starkem Schuldgefühl; als Reaktionsbildung entwickelten sich progredient Wiederholungs-, Kontroll- und Rechtfertigungszwänge.

Die Anfälle treten besonders nach körperlichen Anstrengungen, beunruhigenden Gesprächen und Auseinandersetzungen in der Familie auf; ihnen geht ein kurzes Déjà -Vue- oder Angstgefühl voraus, in der Erholungsphase leidet die Kranke unter heftiger Flatulenz. Die Angehörigen halten das Anfallsleiden für eine Folge der bei Brigitte im Alter von zehn Monaten vorgenommenen Pockenschutzimpfung; aus den Unterlagen der Hauner'schen Kinderklinik hingegen geht hervor, daß die Anfälle als Komplikation einer damals durchgemachten schweren Ruhr aufzufassen sind.

Die derzeitige stationäre Aufnahme in die Nervenklinik erfolgte jedoch nicht wegen der Anfallskrankheit sondern auf Anraten des Hausarztes und eigenen Wunsch der Patientin, da ihre weitere Berufstätigkeit aufgrund der Zwangsercheinungen in Frage gestellt ist.

Biographische Anamnese

Übersicht:

1948 als zweites von vier Kindern in Kleinstadt bei München geboren, Vater von Beruf Drogist, als kaufmännischer Angestellter in großem Industrieunternehmen beschäftigt,

Mutter nicht berufstätig ;

1954 - 1960 Besuch der Volksschule, anschließend vierjährige kaufmännische Lehre, Tätigkeit als Büroangestellte, Fabrikarbeiterin, Lageristin,

1965 Tod der Mutter an Lungenembolie nach Nierenoperation, kurz darauf Wiederheirat des Vaters, wenig später Tod der Stiefmutter nach Hirnblutung;

1967 endgültiges Verlassen des Elternhauses, Übersiedelung nach München;

wiederum Stellenwechsel, zuletzt Anstellung als Hilfskraft bei der Bruderschaft Salem.

Sozial-finanziell unzureichende Verhältnisse und schwerwiegende religiöse Konflikte prägten die Atmosphäre des Elternhauses. Zunächst lebte die Familie, zusammen mit der 83jährigen, gehbehinderten Mutter des Vaters, in einem als unheimlich-beängstigend geschilderten Bauernhaus, bis ihr 1964 eine wiederum beengte Sozialwohnung zugewiesen wurde. Des Vaters Verdienst als Angestellter war knapp, so daß sich die Mutter, allein das Wirtschaftsgeld verwaltend, gezwungen sah, sehr sparsam zu haushalten. Obendrein war er starker Raucher und kümmerte sich wenig um das Auskommen der Familie. Dies führte zu häufigen Auseinandersetzungen, wobei die Eltern sich gegenseitig Geiz bzw. Verschwendungssucht vorwarfen. Wesentlicher aber und für ihre heutigen "Komplexe" mitverantwortlich - so bezeichnet die Kranke ihre Zwangsphänomene - erscheinen ihr die Schwierigkeiten, die aufgrund der unterschiedlichen Konfession der Eltern auftauchten: Die Mutter war katholisch, der Vater evangelisch. Nicht genug, daß jegliche Meinungsverschiedenheit zwischen ihnen in heftigstem Streit über Glaubensfragen endete, ja die Existenz der Ehe gefährdete, auch auf die Kinder wirkte der religiöse Konflikt sich aus; die beiden Schwestern und der Bruder wurden in der Konfession der Mutter erzogen, lediglich Brigitte taufte man auf Verlangen der Großmutter evangelisch. So nahm sie von Anfang an in der Familie eine Sonderstellung ein, die durch das Anfallsleiden noch unterstrichen wurde.

Dem Vater war die Krankheit zunächst Grund, das Kind besonders zärtlich zu behandeln und zu verwöhnen. Großzügig erfüllte er mit Geschenken, später mit Geld seine Wünsche, nahm es als einziges der Geschwister auf seine häufigen Reisen nach Friesland mit. Kurz nach dem Tod der Mutter jedoch sei diese Zuneigung - für das Mädchen unbegründet und unverständlich - plötzlich in Ablehnung und Härte umgeschlagen.

Überhaupt habe er sich seitdem grundlegend verändert. Wo er früher gleichgültig oder verschwenderisch war, spielte Geld nunmehr eine große Rolle. Er beneidete jeden, der reicher war als er selbst. Darunter litten zahlreiche Freund- und Bekanntschaften, vor allem das Verhältnis zur übrigen Verwandtschaft; der Streit um's Geld habe von nun an auf der Tagesordnung gestanden.

Dagegen schildert die Patientin ihre Mutter als weitaus ausgeglicheneren, beständigeren Charakter. Sie behandelte die Kinder wohlwollend, wenn auch mit Strenge. Aufgrund der finanziellen Lage bestrebt, auch ihre Kinder Sparsamkeit zu lehren, war sie im Gegensatz zum anfangs so großzügigen Vater nicht bereit, ihnen jeden Wunsch zu erfüllen. Außerdem erfüllte sie ständig die Sorge um die kleineren Geschwister; sie verbot ihnen allein auf der Straße zu spielen oder befahl der Ältesten, auf sie aufzupassen. Der Obhut Brigittes habe die Mutter die Kleinen wohl nicht anvertrauen wollen, nachdem sie beim Rollerfahren einmal einen Anfall und eine Gehirnerschütterung erlitten hatte. Die Mutter habe daher Brigitte am liebsten zuhause beschäftigt gesehen, insofern des Mädchens Außenseiterrolle innerhalb der Familie wesentlich begünstigt.

Weitere Erinnerungen aus der frühen Kindheit betreffend vornehmlich Sauberkeitserziehung und Sexualität. Hinsichtlich des Essens gab es, abgesehen davon, daß der Vater sie gelegentlich dazu zwingen mußte, zunächst keine Schwierigkeiten; mit Beginn der Pubertät traten Appetitlosigkeit und Erbrechen auf. Die Patientin glaubt sich zu erinnern, im Alter von zwei bis drei Jahren häufig vom Vater mit einem eigens dafür angeschafften Bambusrohr auf das Gesäß geschlagen worden zu sein, aus späterer Zeit erinnert sie Vorschriften, die sie sich selbst bei der Stuhlentleerung auferlegte: so verbot sie sich, bei hartem Stuhlgang, etwas in der Hand zu halten oder trieb sich, im umgekehrten Fall, zur Eile an. Noch heute beschäftigten sie zuweilen "derartige Gedanken".

Infolge der beengten häuslichen Verhältnisse hatte die Familie in den ersten Jahren nur einen gemeinsamen Schlafraum; häufig schliefen die Kinder daher in den Betten der Eltern: die Älteste bei der Mutter, Brigitte beim Vater, was ihr "einen unheimlichen Spaß" gemacht habe. Damals habe sie auch die ersten sexuellen Phantasien gehabt und begonnen zu onanieren. Die Empfindung heftigen Schmerzes, "immer schlimmer zu leiden", verbunden mit der Vorstellung zu urinieren oder einen Einlauf zu bekommen - in Doktorspielen mit Nachbarkindern wurde dies später auch ausgeführt - steigerten gleichermaßen Erregung wie Selbstvorwürfe und Schuldgefühl. Die Eltern, besonders die Mutter reagierten nämlich mit strengem Tadel, unterließen es jedoch, Angst und Unsicherheit des Mädchens durch entsprechende Aufklärung zu beseitigen. Bei Er-

örterung der sexuellen Thematik zeigt die Kranke daher lebhaftes Interesse, betont aber gleichzeitig, "alles Geschlechtliche stoße sie ab". Sie betont, bisher noch keine Intim-Beziehungen aufgenommen zu haben, darüberhinaus eine Heirat grundsätzlich abzulehnen, da sie fürchte, die Kinder könnten das Anfallsleiden erben.

Die Schulzeit verlief ohne Besonderheiten, einzig die frühzeitige Isolierung des Mädchens spielte auch hier eine große Rolle. Brigitte war eine mittelmäßige Schülerin, ihre Vorliebe galt den Fächern Rechnen, Religion und Musik. Lesen hingegen empfand sie als langweilig und brachte es, obwohl die Eltern sie ständig dazu aufforderten, nicht fertig, sich in der Freizeit mit Büchern zu beschäftigen. Einzige Ausnahme bildete eine intensive Bibellektüre. Im übrigen verbrachte Brigitte die freie Zeit - wiederum allein - mit Radiohören und Akkordeonspiel, was ihr große Freude machte. So wenigstens habe der erste Wunsch, etwas Besonderes zu sein, sich erfüllt, wenn auch nur als Einzelgänger und nicht als bewunderter Mittelpunkt.

Schulstrafen waren selten und bestraften ausschließlich die auch während des Unterrichts häufige Onanie des Kindes.

Die Lehr- und Berufsschuljahre standen gleichfalls im Zeichen der sich vertiefenden Kontaktscheu Brigittes zur Umwelt, auch die Beziehung zu den Geschwistern kühlte sich ab. Dafür entwickelte sich, durch den Konfirmandenunterricht gefördert, bei ihr eine extreme Religiosität, welche sich, als 1965 die Mutter starb und des Vaters Liebe in Ablehnung umschlug, vertiefte und schließlich, zur Zeit der ersten Zwangssymptome, in wahnhaften Versündigungsängsten gipfelte.

Auf des Mädchens Gläubigkeit und Geldangelgenheiten konzentrierten sich zunächst die Vorwürfe des Vaters: mangelnde Hilfsbereitschaft gegenüber der kränkelnden Großmutter, ein "miserables Christentum", hielt er der Tochter neben Undank und Aufsässigkeit vor, er klagte über Unterhaltskosten und Ausgaben für Geschenke, die er ihr vor Jahren gemacht hatte; später waren ihre Krankheit, die "Komplexe", Anlaß ständiger Streitigkeiten. Er qualifizierte sie als "Doktoritis" und Wichtigtuerei, vor allem weil Brigitte vor Ausbruch der Zwangsneurose, während ihrer Lehrzeit die Epilepsie zum Vorwand genommen

hatte, ein Ausbildungsjahr zu wiederholen.

Trotz dieses gespannten Verhältnisses und nur mehr äußerlichen Familienlebens, das sich auch während der kurzdauernden zweiten Ehe des Vaters nicht besserte, blieb Brigitte noch zwei Jahre lang im Elternhaus. Sie arbeitete als Schreibhilfe im Büro, später in einer Holzfabrik als Lageristin. Wesentlich aus dieser Zeit erscheint ihre schwärmerische Zuneigung zu einem jungen Arbeitskollegen aus Hannover, wobei es allerdings, wie erwähnt, zu keiner näheren Beziehung kam. Diese Bekanntschaft gab den Anlaß für eine die Patientin völlig beherrschende phantastische Zukunftsvorstellung: als Frau des einzigen Sohnes reicher Eltern in Norddeutschland, einem großzügigen Villenhaushalt mit zahlreichem Personal vorzustehen und dort frei und in Ruhe, ohne arbeiten zu müssen, nur mehr ihrem Hobby, der Musik, leben zu dürfen. Wie sehr sich seitdem auch ihr ganzes Bemühen auf dieses Ziel ausrichtete, so suchte sie, jedesmal wenn ihr wegen des Anfallsleidens gekündigt wurde, doch vergeblich nach einer Anstellung außerhalb Bayerns. Umso heftiger lehnte sie "alles Süddeutsche" ab, was wiederum zur Verfestigung ihrer Außenseiterrolle bei Familie und Berufskollegen beitrug. Anstatt nach "oben", nach Norden, sei sie so nach "unten", zu ihren Komplexen, gekommen. Diese schränkten ihre Arbeitsfähigkeit schließlich so sehr ein, daß sie selbst die durch einen bekannten Pfarrer ihr vermittelte Stelle bei der Bruderschaft Salem in München in jüngster Zeit nicht beibehalten konnte. Es hatte ihr hier seit langer Zeit zum ersten Mal sehr gut gefallen; die strenge Hausordnung, Verbot von Fleisch und Wurst, Alkohol, Zigaretten und Fernsehen hatte sie besonders geschätzt. Eine stationäre Aufnahme im Max-Planck-Institut für Psychiatrie wurde notwendig. Da sich der Zustand nach der Entlassung sofort wieder verschlechterte, die Kranke obendrein anfang, Alkohol in großen Mengen zu trinken, veranlaßte der Hausarzt mit ihrem Einverständnis die Einweisung in die hiesige Klinik.

Verhalten der Patientin in der Klinik; Darstellung der zwangsneurotischen Symptome:

Zu Beginn des stationären Aufenthalts war Frau P. sehr agitiert; den Ärzten und Mitpatientinnen warf sie mangelhaftes Einfühlungsvermögen vor, fühlte sich bedroht und unternahm kürzlich einen Suicidversuch. Sie wurde daher auf

die geschlossene Abteilung verlegt.

Im Vordergrund ihrer Zwangssymptome stehen Befürchtungen, sich selbst und andere zu schädigen: sei es durch Lebensmittel, die während des Heimwegs vom Kaufhaus mit Auspuffgasen vergiftet wurden, sei es durch Akne-Medikamente oder Abfälle, die neben den Mülleimer gefallen sind, durch ungenügendes Gehirrspülen oder Anstoßen eines Glases an der Kante eines zu engen Schrankfachs. Beim Einkaufen fürchtet die Kranke, die Kassiererin zu betrügen. Wenn sie Toilettenpapier schief abreißt oder einen Buchstaben schräg schreibt, meint sie, es müsse "etwas schief gehen". In Briefen und Akten glaubt sie, falsche oder schlimme Tatsachen aufgeschrieben zu haben. Daneben hat sie Angst, von anderen geschädigt zu werden, beispielsweise sich an Mitpatientinnen "anzustecken". Dabei wird vor allem die Symptomatik der übrigen Zwangskranken zur Quelle ständiger Beunruhigung für Frau P..

Die Vielzahl ihrer Zwangsvorstellungen nötigt sie zu einem ebenso komplizierten System von Sicherungsmaßnahmen: Waschzwang, Kontrollzwang von Briefen, Durchstreichen, Verbessern und Neuschreiben, im Gespräch zu häufigem Räuspern und Schlucken, Bitten um Wiederholung angeblich nur unvollständig verstandener Sätze. Sie kann sich nicht verabschieden, ohne dem Betreffenden Gottes Segen zu wünschen, da ihm andernfalls etwas zustoßen könnte. Bei der geringsten Unsicherheit muß sie sich entschuldigen und vergewissern, niemandem geschadet zu haben. An die letztgenannte Reaktionsbildung schließen sich häufig neue Zwangsbefürchtungen an: allein die Art der Fragestellung "habe ich Ihnen geschadet?" läßt die Patientin, da sie ein "nicht" vermieden hat auszusprechen, vermuten, doch geschadet zu haben. Auf diese Weise entwickelt sich ein oft kaum zu durchbrechender Circulus von Wiederholungen der Zwangsvorstellungen und -handlungen.

Schließlich beobachten wir Zwangserscheinungen religiösen Inhalts: beim Betten erlebt die Kranke den Zwang, Blasphemien zu denken und laut auszusprechen: beim Vater Unser beispielsweise "Vater unser, der Du Biest im Himmel ...", oder sie denkt: "Herr Jesus Christus ist ein Arschloch" (der Vater hatte zu ihr gesagt: du willst ein guter Christ sein? du bist ein A...). Wenn beim Schreiben des Buchstaben Z zufällig die Glocken läuten, denkt sie: Herr Jesus Christus ist das Ende.

Andrerseits erkennt sie Jesus als ihren "einzigen Herrn", Vater wie Freund an, fürchtet nichts so sehr wie seine Strafe und hofft auf "Versöhnung am Jüngsten Tag". Eine irdische Bestrafung habe Gott ihr bereits mit den Anfällen und der Sonderstellung innerhalb der Familie erteilt. "Aber besser evangelisch sein und Anfälle haben als katholisch und gesund." Durch ihre Akne bewahre sie Gott dagegen vor den "sexuellen Annäherungen der Männer", die sie aus tiefster Seele verabscheue. Alles müsse daher "sauber, sicher und richtig sein."

Verhalten während der Exploration, psychischer und somatischer Befund

Die schlanke 22jährige Patientin wirkt in der äußeren Erscheinung, wohl aufgrund der schweren Akne im Gesicht, etwas ungepflegt. Ihre Bewegungen sind fahrig, ihre Gesichtszüge erscheinen beim Lächeln, auch in starker Erregung manchmal erstarrt. In den Augen liegt Unruhe. Sie spricht mit lauter Stimme, in gleichmäßig erregtem Tonfall, hastig sprudeln die Sätze hervor.

Der Kontakt zu ihr ist innerhalb der ersten Stunde der Exploration, wenn auch nur locker herzustellen. Im Verlauf der drei folgenden Nachmittage vertieft er sich zusehends, so daß es schließlich schwer wird, die Befragung endgültig abzubrechen. Wo sie zunächst erregt ihre Ablehnung gegenüber behandelnden Ärzten und Mitpatientinnen äußerte, sucht sie am Ende Vorwürfe zu vermeiden, sich zwanghaft zu vergewissern, den "Nerven der Ref. nicht geschadet" zu haben oder verliert sich in Selbstanklagen: "so fürchterliche Gedanken hab ich, bin ein Riesenrindvieh, rede viel zu viel nur um mich interessant zu machen!" Sie entschuldigt und bedankt sich mehrfach, kommt, nachdem die Exploration lange abgeschlossen ist, immer wieder zum Stationszimmer zurück, um Entschuldigungen und Dankesbezeugung zu wiederholen.

Außerdem gibt Frau P. an, wie sie hervorhebt, wiederum um sich zu produzieren, während der Befragung Würgen und Brechreiz, sogar das Nahlen eines Anfalls verspürt zu haben.

Die Intelligenz der Kranken erscheint vermindert, subjektiv glaubt sie, Buchstaben von Worten oft nicht unterscheiden zu können. Der Gedankenfluß wirkt häufig unklar und sprunghaft.

Emotional ist Frau P. anhaltend stark engagiert, heftige Affekte zeigen sich vor allem, wenn sie über den Vater spricht, die o.g. Selbstbeschuldigungen äußert und der Ref. ihre sogenannten "Komplexblätter" vorlegt. Hierbei handelt es sich um zahllose, eng beschriebene Papiere, wo sie Befürchtungen, den anderen Patientinnen geschadet zu haben, genauestens notiert und mit dem Zusatz "das ist nur mein dummer Komplex" versehen hat.

Bei der körperlichen Untersuchung der 22jährigen Patientin Brigitte P. vom leptosomen Konstitutionstyp beobachten wir im Gesicht eine schwere Acne vulgaris; der Blutdruck ist konstant auf 160/80 mm Hg erhöht; weitere pathologische Befunde lassen sich mit den direkten klinischen Untersuchungsmethoden nicht erheben.

Diskussion

Ausdrucksformen der Aggression

Spontan aktive Aggression kann im Verhalten der Patientin Brigitte P. heute nicht mehr nachgewiesen werden. Aus der Vergangenheit mag das Bemühen der Kranken, im Beruf Selbstverwirklichung und Unabhängigkeit zu finden, als Ausdruck von Aktivität gedeutet werden.

Reaktiv-defensive und aktiv-destruktive Aggression manifestierten sich früher im offen artikulierten Widerstand gegen die Vorwürfe des Vaters, in zunehmendem Rückzug aus dem Familienleben und endgültigem Verlassen des Elternhauses. Konnten aggressive Impulse bisher also noch in Wort und Handlung einmünden, so dominieren gegenwärtig die von starker Feindseligkeit begleiteten verbalisierten Aggressionen: Haßerfüllte Klagen über Vater und Geschwister, wütende Kritik an Ärzten und Mitpatientinnen, verachtende Abneigung gegenüber "den Männern" und Ablehnung alles "Süddeutschen". Allerdings können aggressive Regungen nur insoweit geäußert werden, als sie - unter dem Druck schwerer Über-Ich-Ängste (FREUD, 57) durch Entschuldigungen im voraus entschärft oder nachträglich rückgängig gemacht werden müssen.

Außer mit dem Mechanismus des "Ungeschehen-Machens" (S. FREUD, 59) wehrt die Patientin aggressive Anteile ihres heftigen Ambivalenzkonflikts zwischen Auflehnung und Unterwerfung durch "Projektion" und "Verschiebung" (A. FREUD 41) ab: an anderen Patientinnen kritisiert sie deren "Mannstollheit" und "fürchterliche Krankheiten", den Ärzten hält sie vor, ihrer Person wenig Aufmerksamkeit zu widmen und ihre Freizügigkeit durch ungerechtfertigte Ausgehverbote zu beschränken. Die auf derartige "Versagungen" reaktive Angewohnheit der Kranken, ihre Umgebung anhaltend mit Fragen zu belästigen, kann nach A. FREUD (41) und A. HEIGL-EVERS (73) als "Identifikation mit dem Angreifer" aufgefaßt werden. Auch der kürzlich unternommene Suicidversuch ist aufgrund seines demonstrativen Charakters als Angriff gegen die Umwelt zu verstehen. Daneben repräsentiert er "Wendung der Aggression gegen die eigene Person." Im übrigen stellte Selbstaggression der Patientin sich in heftigen Selbstanklagen dar: "So schrecklich bin ich, so ein Rindvieh, ich rede viel zu viel. Ich will immer etwas besonderes sein und mich interessant machen. Der

Teufel hat mich mit den Anfällen bestraft, weil ich evangelisch bin, aber besser evangelisch sein und Anfälle haben, als katholisch und gesund. Die Akne dagegen hat mir Gott geschickt, um mich vor den bösen Wünschen der Männer zu schützen."

Derartige Äußerungen müssen bereits als Zwangsvorstellungen bezeichnet werden; sie beleuchten die in der Zwangsneurose so häufige Verknüpfung von Angst vor sexuellen resp. aggressiven Triebimpulsen mit religiösen Inhalten. (S. FREUD 48; ABRAHAM 1; WYSS 131; A.DÜHRSEN 34, et. al..) "Gespenster und Teufel sind Abkömmlinge eines belasteten Gewissens und Verkörperungen der Rache", ZULLIGER (132).

Darüberhinaus erscheint die aggressive Thematik in den erwähnten, von der Kranken als Zwang erlebten, Blasphemien ("Vater unser, der Du Biest im Himmel ...") als "Projektion von Aggressionen auf erlaubte Objekte" (ZULLIGER 132) und in "sekundären Abwehrsymptomen" (S. FREUD 45): Betzwängen und religiösen Zeremoniellen. Vielfach sind derartige Riten auch unmittelbarer Ausdruck der sexuellen Problematik (ABRAHAM 1): beispielsweise hat die Patientin seit der Kindheit die Angewohnheit, vor dem Einschlafen Kissen und Decken in Form menschlicher Körper aufzubauen und zu liebkosten. Heute verbindet sie mit diesem Zeremoniell die Vorstellung, der Heiland, ihr "einziger Herr und Freund" sei darin gegenwärtig und sie müsse ihn trösten, da er so schwer für die Menschheit gelitten habe.

In den übrigen Zwangserscheinungen taucht Aggression direkt als Angst der Kranken, anderen oder sich selbst Schaden zuzufügen, indirekt in reaktiven Wasch-, Kontroll- und Ordnungszwängen auf. Inwieweit diese Zwangshandlungen in neuerer Interpretation auch als Äquivalente verdrängter Aggression, nicht allein als Ausdruck gestörter Sexualität begriffen werden, wurde in den ersten Falldarstellungen (Anna O., Paula S.) bereits ausgeführt. Daran, daß im vorliegenden Casus nicht eine Form der Zwangshandlung genügt, sondern ein kompliziertes System mannigfaltigster Absicherungen gegen aggressive Impulse aufgebaut werden mußte, mag das Ausmaß der untergründig wirksamen Feindseligkeit, die Stärke des grausamen Über-Ich abgelesen werden.

Psychosomatisches Äquivalent unterdrückter Feindseligkeit ist eine bei Frau P. konstant zu registrierende Blutdruckerhöhung auf Werte von 160/80 mm Hg.

(GLATZEL 68; CHRISTIAN 28; WYSS 131.) Inwieweit im Anfallsleiden Aggressivität thematisiert und verarbeitet wird, soll hier unberücksichtigt bleiben und lediglich sein Stellenwert im übrigen Krankheitsgeschehen erörtert werden. Es zeigte sich, daß die Anfälle vor allem im Anschluß an Auseinandersetzungen oder, wenn Streit zu erwarten war, auftraten. Dies gehäufte Auftreten epileptischer Anfälle im Zusammenhang mit "Affektkrisen" ist von JANZ (81) unterstrichen worden. Vermutlich hat die Patientin P. die Anfallskrankheit als unbewußten "Ventilmechanismus" (K. LORENZ) "gebraucht", um Trotz und Auflehnung auszudrücken.

Wird durch das Anfallsleiden somit ein geringes Maß direkter Befriedigung von Aggressionen, die sich gegen die Umwelt richten, erreicht, so realisiert sich im Zwangsgeschehen vorwiegend Selbstaggression: Lockerung der sozialen, insbesondere der Familienbindungen und voraussichtlich Abbruch der Berufstätigkeit.

Entwicklungsbedingungen und -phasen der Aggression

Gleichzeitiges Auftreten epileptischer Anfälle und zwangsneurotischer Symptome wurde häufig beobachtet (RICHTER 113; NAVRATIL 107; BRÄUTIGAM 20; FORSSMAN 39), ein psychodynamischer Zusammenhang jedoch bezweifelt oder bestritten. Vor allem BRÄUTIGAM unterscheidet streng zwischen "epileptischer Wesensveränderung" und "echter" Zwangsneurose. RICHTER nimmt an, daß das Anfallsleiden allenfalls "anankastische Erlebnisweisen in dem betreffenden Patienten mobilisiere".

NAVRATIL spricht dagegen von "sekundärer Neurotisierung von Krampfkindern infolge einer über Jahre fixierten Fehlhaltung der Eltern", gesteht dem Anfallsleiden somit eine unmittelbar zur Zwangsneurose disponierende Rolle zu.

Da in der vorliegenden Studie nicht die Diagnose der Zwangsneurose zur Diskussion steht, sondern die im neurotischen Symptom, aktuellen und habituellen Verhaltensweisen erfaßbaren Aggressionen behandelt werden sollen, kann die Differenzierung BRÄUTIGAMs wohl vernachlässigt und die Bedeutung der psychomotorischen Anfälle "als Grundlage eines neurotischen Überbaus" (NAVRATIL) hypostasiert werden.

Unter den allgemeineren Einflüssen auf die Persönlichkeitsentwicklung der Patientin Brigitte P. scheint zunächst erwähnenswert, daß das Kind, 1948 geboren, die wirtschaftlichen Auswirkungen des Zweiten Weltkriegs noch zu spüren bekam (MITSCHERLICH 99). Die Familie, Großmutter, Eltern und anfangs nur eine Schwester, lebte in bedrängten Wohn- und finanziell unzureichenden Verhältnissen. Beides wirkte sich in mehrfacher Hinsicht auf das Kind aus: Die Unterbringung in einem als schmutzig-unheimlich erlebten Bauernhaus bedingte und förderte Ängste wie Sicherheitsbedürfnis. Daß der Familie nur ein gemeinsamer Schlafraum zur Verfügung stand, weckte und nährte schon früh die sexuelle Neugier des Kindes. Daß diese von den Eltern jedoch mißbilligt und Aufklärung versäumt wurde, mag als wesentliche Bedingung für die mangelhafte Sexualentwicklung der Patientin gelten. Auch die unzureichende Entfaltung ihrer Intelligenzfunktionen läßt sich nach S. FREUD (50) mit einer "Hemmung des Wißtriebes" im Kleinkindesalter erklären.

Ferner waren die geschilderten Umstände Anlaß und Nahrung für heftige Konflikte zwischen den Eltern, die sich ihrerseits auf das Kind auswirkten: die Problematik des Haben-Wollens, Beschenktwerdens oder Nicht-Bekommens gewann bei der Notwendigkeit für die Mutter zu sparen, besonders angesichts des verschwenderisch angelegten Vaters, für die Patientin übermäßige Bedeutung. Das gegensätzliche und inkonsequente Verhalten von Vater und Mutter ließen das Mädchen keine eindeutigen Einstellungen und Identifizierungsmöglichkeiten finden; von beiden Eltern erfuhr es Verwöhnung wie Versagung: der Vater machte großzügig Geschenke, aber strafte durch körperliche Züchtigungen; die Mutter war nachsichtig, aber verwehrte die Erfüllung ihr überflüssig erscheinender Wünsche. Den verheerenden Einfluß von moralisierender Strenge der Eltern einerseits, willkürlichem Verhalten andererseits auf die kindliche Aggressionsentwicklung haben HERMANN (76), SCHWIDDER (119), QUINT(110) et. al. bei zwangsneurotischen Patienten beschrieben.

Darüber hinaus behinderte die Mutter das Kind in seiner motorischen Entfaltung, insofern sie es wegen der Anfallskrankheit ängstlich ans Haus zu binden suchte. LEVY (88) hat für die ängstlich-besorgte, empfindsame und gewissenhafte Mutter den Begriff der "overprotective mother" geschaffen. A. DÜHRSEN (zit. n. 23) nimmt an, daß das "liebevolle Moralisieren" dieser Frauen

häufig intensiver als Strafen "auf die natürliche Expansion des Kindes wirke". Im speziellen Zusammenhang mit der Mutter-Kind-Beziehung bei epileptischen Kindern deutet NAVRATIL (107) übertriebene Fürsorglichkeit der Mutter als "Überkompensierung einer unbewußten Ablehnung des kranken Kindes", ... die "es von jedem gesunden mitmenschlichen Kontakt fernhält und in seinen Infantilismen beharren läßt." Im Fall der Patientin Brigitte P. haben wir früh-aufkeimende Unsicherheit, Ratlosigkeit und Angst, sich mit der Realität auseinanderzusetzen als Reaktion auf die Unterdrückung spontan motorisch-aggressiver Impulse erfahren können.

Daneben begegnen wir beim Erbrechen des Kindes, der später sich ausbilden- den Anorexie dem psychosomatischen Ausdruck ungehemmter aggressiver Trieb- impulse: reaktiven Trotzes und aktiven Widerstands gegen die Umwelt (GLAT- ZEL 68; A. BÜHRSSSEN 33; ELHARDT 36).

Die exzessive Onanie des Mädchens kann sowohl als "Ersatzbefriedigung bei gesteigerter sexueller Triebhaftigkeit" als auch im Sinne einer "Übersprungshand- lung bei gestauter Aggression" gedeutet werden (LINCKE 89).

In der weiteren Entwicklung der Patientin gewann ihre Tendenz sich zurückzu- ziehen, besonders die einzelgängerische Beschäftigung mit Musik, die Nei- gung, sich in einer Sonderrolle zu isolieren, zunehmend an Bedeutung. Dafür muß wiederum die übermäßige, allerdings wenig wohlwollende Beachtung, die man ihrer Krankheit schenkte, verantwortlich gemacht werden; ferner die re- ligiösen Konflikte aufgrund der unterschiedlichen Konfessionen innerhalb der Familie. Daß Glaubensfragen und -streit bereits im Kindesalter der Kranken eine so große Rolle spielten, kann als Bedingung für die späteren Zwangs- phänomene religiösen Inhalts gewertet werden.

Waren Kindheit, Latenzphase und Beginn der Pubertät somit im wesentlichen gekennzeichnet durch Unsicherheit des Mädchens gegenüber den wichtigen Be- ziehungspersonen und sich selbst, so bedeutete die nach dem Tod der Mutter plötzlich aufbrechende Ablehnung des Vaters für die Patientin neue Verunsiche- rung und Wiederbelebung der Konflikte früherer Jahre. Verbunden mit der Ak- tivierung des Trieblebens in der Pubertät (A. FREUD 41) mag dies dazu beige- tragen haben, daß der Tod der Mutter als Auslösesituation für die Neurose wirkte. Heftige Onanie-Schuldgefühle und Angst vor der eigenen Aggression

gegen den geliebt-gehaßten Vater führten zum Zusammenbruch der bis dahin stabilen "primären Abwehr" (S. FREUD 45) und ließen den Sicherungsmechanismus der neurotischen Symptombildung notwendig werden.

Der Wunsch des Mädchens, dem Bannkreis des Elternhauses früher zu entfliehen, nach "Norden" zu ziehen, Brigittes zwanghafte Bemühung, ihn gegen alle Hindernisse der Realität durchzusetzen, waren ja unerfüllt geblieben. Vor allem gegen den Vater hatte sich ihr Versuch, selbständig zu werden, gerichtet. Andererseits fällt die Verankerung der Phantasie in der abhängigen Zuneigung des Kindes zum Vater auf: von den vier Kindern durfte nur Brigitte ihn auf seinen Reisen nach Friesland begleiten. Die Thematik der Wunschvorstellung: Reichtum, Schönheit, Luxus, Bevorzugung und Macht steht ohne Ausnahme im Zusammenhang mit der ödipalen Situation, der ambivalenten unlösbaren Bindung an die beherrschende Gestalt des Vaters.

Zusammenfassung

Im Verhalten der Patientin Brigitte P. finden wir bei weitgehender Hemmung spontan-aktiver Handlungen überwiegend aggressive Äußerungen: Vorwürfe, Anklagen und Beschuldigungen als Derivate reaktiv-defensiver und aktiv-destruktiver Aggression mit extremer begleitender Feindseligkeit. Größtenteils liegt den verbalisierten Aggressionen Aggressionsabwehr zugrunde; als Abwehrmechanismen beobachten wir: Projektion, Verschiebung, Wendung gegen die eigene Person und Identifikation mit dem Angreifer.

Der Unterdrückung feindseliger Impulse korreliert im Somatischen eine stabile Hypertension. In den zwangsneurotischen Symptomen erkennen wir Aggression thematisiert in der Angst der Kranken, sich selbst oder andere zu schädigen, abgewehrt in sekundären Wasch-, Kontroll- und Rechtfertigungszwängen. Als Versuch der Patientin, sich gegen die als feindselig erlebte Umwelt durchzusetzen (direkte Triebbefriedigung), kann das Anfallsleiden gewertet werden.

2.6. Vergleich und Zusammenfassung der Einzelergebnisse

Vergleichen wir die Konstellationen des frühkindlichen Lebensraums unserer vier Patientinnen, so finden wir in drei Fällen ähnliche Verhältnisse, welche zwar nicht als einzelne Kausalfaktoren, wohl aber als Bedingungsgefüge den Weg in die Zwangsneurose abgesteckt und das von uns beobachtete Aggressionsverhalten geprägt haben. Bei der Kranken Kreszenz R. (K. R.) waren Einzelheiten aus den ersten Lebensjahren nicht zu eruieren.

Anna O. (A.O.), Paula S. (P.S.) und Brigitte P. (B.P.) wachsen in den Verunsicherungen von Kriegs- bzw. Nachkriegsjahren auf (A. MITSCHERLICH 99), ihre Eltern gehören dem Aggression tabuierenden bürgerlichen Mittelstand an (STORR 125) und vertreten Glaubenssätze der (katholischen) Kirche (BOEHM 18). Die Väter, von Beruf Taxiunternehmer, Polizeiwachtmeister, Schneidermeister und kaufmännischer Angestellter, von der Umgebung wegen ihrer Intelligenz, Tüchtigkeit oder Rechtschaffenheit geschätzt (BRAST 23), überfordern ihre Kinder. Aufgrund wirtschaftlicher Not (P.S., B.P.), Geiz (A.O., B.P.) oder Sparsamkeit (P.S., B.P.) eines Elternteils ist die finanzielle Lage der Familien unzureichend (NAVRATIL und STROTZKA 107; BOEHM 18), der Wohnraum zu begrenzt (A.O.) oder baufällig (P.S., B.P.). Die Patientinnen sind Einzelkinder (A.O., K.R.) (MÜLLER-ECKHARD 106; BRAST 23; STORR 125) oder Jüngstes in der Geschwisterreihe (P.S.), ungewollt (P.S.) oder Außenseiter (B.P.). Auf Vater und Mutter als Bezugspersonen fast ausschließlich angewiesen, orientieren sie sich in ihrer Aggressionsentwicklung überwiegend an elterlichen Verhaltensmustern. Als typische Erziehungsprinzipien resp. -praktiken erkennen wir: strenges Moralisieren bei vorgelebter Willkür (A.O.) (SCHWIDDER 119; HERMANN 76; QUINT 110), Abwechseln von Härte und Verwöhnung (A.O., B.P.) (SCHWIDDER 199), Einengung motorisch-aggressiver Bedürfnisse des Kindes (DÜHRSEN 34; SCHWIDDER 119; MÜLLER-ECKHARD 106). (P.S., K. R. und B. P. erinnern sich an strenge Bestrafungen für Sturz oder Verletzung beim Rad-, Roller- und Schlittenfahren), Beschränkung seines Unabhängigkeitsstrebens und Neugieverhaltens (K. R., P.S., B.P.) (STORR 125). Spannungen und Zerwürfnisse zwischen den Eltern drängen das Kind in die Rolle des Sündenbocks (A.O., B.P.) (RICHTER 112);

Vater und Mutter verfolgen entgegengesetzte Ziele: dominierende, perfektionistische Mutter und weicher indifferenter Vater bei P.S. (SINGEISEN 122), ablehnender, patriarchalisch erlebter Vater (BOEHM 18) und hilflose Mutter bei A.O., unberechenbarer Vater und "overprotective mother" (LEVY 88) bei B.P., zwanghafte Züge eines Elternteils (BRAST 23) bei A.O. und P.S..

Dementsprechend wird die Atmosphäre des Elternhauses von drei Patientinnen als qualvoll gespannt und bedrückend erlebt, alle, auch K.R., geben Gewitter- und Dunkelängste an (S. FREUD 43; BRAST 23), sie isolieren sich frühzeitig von Gleichaltrigen (SINGEISEN 112; ELHARDT 36; QUINT 110), werden ängstlich, still und selbstunsicher (P.S., K.R., A.O.) (BOEHM 18; NAVRATIL und STROTZKA 107; BRAST 23), vermeiden offenen Ausdruck aggressiver Bedürfnisse in Wort und Handlung. An die Stelle direkter Aggression treten bereits in der Kindheit psychosomatische Symptome: Erbrechen bei P.S. und B.P. (GLATZEL 68; ELHARDT 36), Kopfschmerzen bei P.S. (SCHWIDDER 118), Anorexie bei P.S., B.P. (GLATZEL 68; DÜHRSEN 33) und kompensierende Omnipotenzphantasien (P.S., B.P.).

Die im Elternhaus erlebte Beschneidung eigener Aktivität wird durch Erfahrungen in der Schule vielfach perpetuiert und vertieft (A.O., K.R.). Andererseits gewinnen Denken, Lernen und Wissen Ersatzfunktion für ungelebte Aggressionen (P.S., A.O., K.R.) (QUINT). "Ästhetische Neigungen" (SCHWIDDER 119) (A.O.: Klavier-, Laienspiel und Chorsingen; P.S.: Vorliebe für Musik; B.P.: Akkordeonspiel), extreme Religiosität (A.O., K.R., B.P.) entwickeln sich als "primäre Abwehrsymptome" (S. FREUD 45) gegen unbewußt wirksame Destruktivität. Parallel dazu beobachten wir die Ausbildung Aggression abwehrender Charakterhaltungen, "aggressiver Gehemmtheiten" (SCHULTZ-HENCKE): Kontaktscheu, Isolierung bei A.O., K.R., P.S. (A. MITSCHERLICH 100), Ordentlichkeit bei K.R. (BRAST 23), Gewissenhaftigkeit bei A.O., P.S., K.R. (S. FREUD 45), Friedfertigkeit bei A.O., P.S., K.R. (LOCH 90), Selbstlosigkeit und Fürsorge bei A.O., K.R. (S. FREUD 41), neben Resten "aggressiver Haltungen" (SCHULTZ-HENCKE): Eigensinn bei A.O., P.S. (S. FREUD 49; SCHWIDDER 119), Neid bei A.O., P.S., B.P. (ELHARDT 36), Rivalität bei A.O., P.S. (ebd.), Mißtrauen bei A.O., P.S. (ebd.), Fanatismus bei A.O.,

B.P. (ebd.), kurzum die dem Zwangsneurotiker eigentümliche "Ambivalenz", sein Pendeln zwischen trotzigem Aufbegehren und preisgebender Unterwerfung. Bei K.R. hingegen imponiert anstelle jedweder offener "gesunder" oder "neurotischer" Aggression vollständige Passivität.

Auf dem Boden der in der frühkindlichen Periode angelegten, in Pubertät und Adoleszenz stabilisierten Hemmung aggressiver Impulse der Patientinnen vollziehen sich alle weiteren Entwicklungsschritte: ihre Berufswünsche lassen zwar spontan aktive Strebungen noch erkennen (P.S. Innenarchitektin, A.O. Studium), die Berufswahl wird jedoch unter dem Diktat zwingend erlebter äußerer Umstände (Einspruch der Eltern, unzureichende Finanzlage) getroffen; alle vier Frauen machen eine kaufmännische Lehre und arbeiten später im Büro als Schreibkräfte. Lediglich Frau O. gelingt es, Berufsansprüche zu realisieren, allerdings nur in Form einer "dienenden" Tätigkeit.

Der Entschluß zur Heirat bei P.S. und K.R. ist keine Konsequenz reifer Entscheidung, sondern Ausdruck ihres Sicherheitsbedürfnisses aufgrund von Verlustängsten und der ödipalen Fixierung an die Gestalt des Vaters. A.O. und B.P. haben auf die Aussicht zu heiraten von vornherein "verzichtet". Die Angst vor dem Vollzug reifer Sexualität, welche bei P.S. und K.R. erst mit Ausbruch der zwangsneurotischen Symptome so wirksam wird, daß sie den Geschlechtsverkehr in der Folgezeit vermeiden, erklärt sich aus der von den Eltern parallel zur Aggressionshemmung provozierten Unterdrückung sexueller Impulse. Nachdem die sexuelle Neugier der Kinder durch Schlafen der ganzen Familie in einem gemeinsamen Raum geweckt worden ist (A.O., P.S., B.P.), verweigern die Eltern die Aufklärung, Onanie wird bestraft (B.P.) und Schuldgefühlen der Boden bereitet (A.O., B.P.).

Ehe- bzw. Berufsleben der Patientinnen werden darüberhinaus von den eingangs beschriebenen habituellen Verhaltensweisen bestimmt (Ambivalenz bei A.O., P.S., B.P., Passivität bei K.R. etc.). Einblick in Unterschiede ihrer Reaktionsmodi gewährt die direkte Verhaltensbeobachtung während der Exploration: Frau K. läßt jegliche offene Äußerung aggressiver Impulse und Affekte vermissen. Auch bei Frau S. fehlt aktiv-spontane, ist reaktiv-defensive und aktiv-destruktive Aggression in Wort und Handlung weitgehend gehemmt, daneben erkennen wir jedoch starke Feinseligkeit in Form von Mißtrauen und ver-

steckter Ressentiments gegenüber ihrer Familie. Noch ausgeprägter erscheint der Feindseligkeitsanteil bei Frau O. als 'lauernde' Aggressivität und permanente Abwehrhaltung, auch ist sie im Gegensatz zu den Vorgenannten eher in der Lage, Mißtrauen und Neid offen zu demonstrieren, allerdings um den Preis einer nachträglich umso intensiveren Unterwerfung und Gefügigkeit. Im Fall von Frau P. beherrschen offene (reaktiv-defensive und aktiv-destruktive) aggressive Äußerungen das Bild; im Handlungsvollzug realisierte, gegen die eigene Person gerichtete Aggression begegnet uns im Selbstmordversuch der Kranken. Ihre gleichzeitig zu beobachtenden extremen Rechtfertigungszwänge lassen die prima vista ungerechtfertigt anmutende Diagnose einer Aggressionshemmung auch in ihrem Falle zu.

Dem unterschiedlichen Grad von Aggressionshemmung bei den Kranken korreliert die Verschiedenartigkeit ihrer Mimik, Sprechweise, Emotion und Bewegungen.

Die Mimik der Patientin K.R. erscheint ausdruckslos, wenig ausgeprägt bei Frau S., lebhaft bei A.O.. Unruhe liegt in den Gesten der Kranken B.P. und A.O., P.S. hält ihre Arme starr von sich gestreckt, Frau R.'s Bewegungen sind sparsam. Sie spricht leise, emotional kaum beteiligt; starke Affekte und vegetative Begleitreaktionen (Erröten, Erblassen, Schweißausbrüche) beobachten wir bei P.S. und A.O., B.P. verspürt das Nahen eines psychomotorischen Anfalls. Floskeln, stereotype Redewendungen als Äquivalente unterdrückter Feindseligkeit (KUIPER 84) verwenden K.R., A.O. und B.P..

Psychosomatische Symptome mit aggressivem Symbolgehalt ließen sich in allen Fällen nachweisen:

Kopfschmerzen (A.O., P.S.), Blutdruckerhöhung (P.S., B.P.), funktionelle Herzbeschwerden (K.R.), Tic (K.R.) und Gelenkschmerzen (A.O.).

Der Gehalt an Aggression in der eigentlichen Zwangssymptomatik differenziert sich nach Inhalt, Form (Vorstellung, Handlung etc.) und Anzahl der Symptome, ferner vergleichen wir den Grad der Beeinträchtigung der Patientinnen durch ihre Neurose, "Primär- und Sekundärgewinn", schließlich die auslösende Situation.

Direkt thematisiert wird Aggression in der Zwangsvorstellung, jemanden umbringen zu müssen (A.O.), der Angst, andere zu schädigen (B.P.), Blasphemien: Vater Unser, der Du Biest im Himmel (B.P.), der Befürchtung, etwas zu verlieren, was die Umwelt schädigen könnte (K.R.). Stärkere Aggressionsabwehr als die o.g. Zwangsvorstellungen und -impulse symbolisieren die reaktiven Zwangshandlungen: Frage-, Kontrollzwang bei K.R., A.O., B.P., Waschzwang bei P.S., B.P., K.R., Rechtfertigungszwang bei B.P., A.O..

Die Virulenz des Aggressionskonflikts bei A.O. und B.P. erhellt aus der Mannigfaltigkeit und Tendenz der Symptome, immer weitere Lebensbereiche der Patientinnen zu erfassen; im Fall von Frau S. ist die Frequenz ihres Wiederholungszwangs ein Maß für die Labilität ihres intrapsychischen Gleichgewichts. Demgegenüber erscheint die Zerstörung ihrer Persönlichkeit und kommunikativen Bezüge im Vergleich zu B.P. und A.O. weniger verheerend, auch erfährt sie aus der Neurose doch einen beträchtlichen Sekundärgewinn (Behinderung von Mann und Tochter durch ihre Pflegebedürftigkeit).

Legt man die FREUDsche Todestriebtheorie zugrunde, so kann man die in drei Fällen zu beobachtende Selbstaggression (Hautverletzungen bei P.S., Erschöpfungszustand bei A.O., Suicidversuch bei B.P.) als primären Krankheitsgewinn, direkte Befriedigung des primären Masochismus, interpretieren. Im Hinblick auf den eingangs unterstrichenen hypothetischen Charakter des Todestriebmodells sollte man aber die Frage nach dem Ursprung von Selbstaggression heute noch unbeantwortet lassen.

Ein offensichtlich als Auslösesituation für die Zwangsneurose wirksames akutes Ereignis war nur für die Patientin K.R. auszumachen (Tod des Vaters, kurz darauf Unfall des Ehemannes), in den anderen Fällen entwickelten sich die Symptome schleichend im Zusammenhang mit schwerwiegenden Umweltveränderungen: (A.O.: Aufenthalt im Kinderheim, Abwesenheit der Eltern; B.P.: veränderte Einstellung des Vaters nach dem Tod der Mutter; bei P.S. traten erste Zwangserscheinungen auf, als sie vorübergehend auf dem Land arbeitete, die Zwangsneurose in ihrer heutigen Ausprägung hingegen setzte akut nach dem Umzug der Mutter ins Altersheim ein). In jedem Fall aber war der reale oder subjektiv erlebte Verlust desjenigen Elternteils, der die Aggres-

sion seines Kindes in den ersten Lebensjahren am wirksamsten behindert hatte, mitverantwortlich für den Ausbruch der Neurose. Je grausamer die Unterdrückung umso intoleranter entwickelt sich nach S. FREUD (7) via Introjektion der Elternfiguren das Über-Ich und umso anfälliger wird das intrapsychische Gleichgewicht für die neurotische Störung. Bindung tabuierter Aggression ins Zwangssymptom einerseits, Hemmung oder Verzerrung von Aggression in aktuellen und habituellen Verhaltensweisen, Verstärkung von Feindseligkeit andererseits entsteht - entsprechend den in vier Analysen von zwangsneurotischen Frauen gefundenen Ergebnissen - also vorwiegend aus Frustration aggressiver Impulse in der Kindheit.

2.7. Schlußfolgerungen

Die in der Zwangsneurose zu beobachtenden Ausdrucksformen von Aggression könnten somit eine Bestätigung für die Hypothese der reaktiven Natur aggressiv-destruktiven Verhaltens liefern. Frustrationen in Form von Versagungen, Ver- und Geboten, alle Einflüsse die unter dem Begriff des äußeren Zwangs subsumiert werden können, bedingen bei den hier untersuchten Patientinnen vollständige oder weitgehende Hemmung gesunder aggressiver Impulse und mehr oder minder virulente Destruktivität. In der Analyse der Aggression übereinstimmende Darstellungen der Zwangsneurose:

"Der Zwangsneurotiker wirkt nach außen so, als versuche er, der eigenen Aktivität aus dem Wege zu gehen" (QUINT 110), er ist unfähig, "sich selbst setzen zu können oder zu wollen" (MÜLLER-ECKHARD 106), "er lebt seine Aggression und seinen Sadismus nicht wirklich aus" (KUIPER 84), "die zwanghaft Fehlangepaßten sind so sehr der Auseinandersetzung mit ihren inneren verzerrten Objekten verhaftet, daß ihnen eine Bewältigung der äußeren realen Objektbeziehungen unmöglich wird" (A. MITSCHERLICH 100), haben sich bestätigt gefunden.

Dem zwangsneurotischen Menschen sind gleichsam die Hände gebunden, das Ausdrucks- und Vollzugsinstrument der Aggression bleibt unbrauchbar, aggressive Impulse ungeformt, "ungekonnt" (A. MITSCHERLICH). Sie brechen sich als ungerichtete Feindseligkeit (wie bei B. P.) oder grundsätzliche Abwehrhaltung (A. O.) Bahn oder nehmen den Weg ins Symptom. (Die häufig zu beobach-

tende Zwangsvorstellung, etwas Falsches zu schreiben, reaktive Zwänge durchzustreichen und zu radieren, Schreibhemmungen können unter diesem Aspekt ebenfalls als symbolische Darstellung gehemmter Aggression begriffen werden.)

Unsere primäre Fragestellung nach dem Stellenwert der Aggression in Genese, Struktur und Symptomatik der Neurose, hier der Zwangsneurose, darf nach den Ergebnissen der Fall darstellungen insoweit als beantwortet gelten, als in allen Fällen (neben nicht näher berücksichtigten Störungen der Sexualität) frühzeitige Hemmung aggressiver Impulse, Verzerrungen der Aggression im Verhalten der Patientinnen und zwangsneurotische Symptome mit Aggressions-The-matik gefunden wurden.

Zwar könnte man versucht sein, am "methodischen Zweifel" (KÖNIG) zu ver-zweifeln, allein wir hoffen mit den vorstehenden Ausführungen wenn auch keine gültigen Beweise erbracht, so doch einen Anreiz gegeben zu haben, das Thema "Aggression in der Zwangsneurose" mit qualifizierteren Methoden zu durch-leuchten. "Das, was der künftigen Forschung noch zu tun bleibt, ist die Brük-ke zu schlagen von der bloßen Kasuistik in qualifizierte Reizgruppierungen mit allgemeiner, signifikanter Aussagekraft." (A. MITSCHERLICH 104, S.64.)

3. Schluß

3.1. Zusammenfassung

Mit der Frage nach dem Stellenwert der Aggression in Genese, Struktur und Symptomatik der Zwangsneurose wurden in der Zeit vom 1. 3. bis 1. 8. 1970 vier zwangsneurotische Patientinnen der Universitäts-Nervenklinik München untersucht. Eine Auswahl der Kranken nach Alter, Familienstand, Ausbildung, Sozialstatus wurde nicht getroffen.

Den Falldarstellungen wird eine Übersicht über die wichtigsten zur Zeit diskutierten Theorien zur Herkunft der Aggression und ihrer Definition, sowie ein Abriß der Theorie der Zwangsneurose vorausgeschickt. Unseren Deutungen legen wir die Begriffsbestimmung der Aggression ELHARDTs zugrunde: Aktiv-spontane A. ohne Feindseligkeit mit dem Ziel, Objekte zu erreichen und zu be-maestern; reaktiv-defensive A. mit Feindseligkeit mit dem Ziel, Objekte zu-rückzuweisen; aktiv-destruktive A. mit überwiegender Feindseligkeit und dem Ziel, Objekte zu verletzen, zu beseitigen oder zu quälen.

Als psychodiagnostische Methode verwenden wir ausschließlich instrumentfreie Verfahren: Analyse testfreier verbaler Äußerungen und direkte Verhaltensbe-obachtung. Die Krankenberichte gliedern sich in biographische Anamnese, psy-chischen und somatischen Befund sowie Verhalten während der Exploration.

Aggressions-motivierte Handlungen sind im Verhalten der Patientinnen gegen-wärtig nicht zu beobachten, aus der Biographie nur sporadisch zu erfahren.

Ebenso erscheinen verbalisierte Aggressionen weitgehend gehemmt, dagegen imponiert ein unterschiedliches Ausmaß untergründig wirksamer Feindselig-keit als Ausdruck unbewußter aggressiver Impulse.

In Denken, Phantasie und Emotion der Kranken finden wir die dem Zwangsneu-rotiker eigentümlichen Charakteristika: Magisches Denken, Intellektualisierung, Rationalisierung, Omnipotenzphantasien und verhältnismäßig schwach entwickel-te Emotionalität.

Psychosomatische Äquivalente unterdrückter Aggression sind in mimischer Starre, Bewegungsarmut, Kopfschmerzen, Tic, Gelenkschmerzen, Blut-druckerhöhung und funktionellen Herzbeschwerden zu sehen.

Im Zwangssymptom verarbeitete Aggression erscheint als Angst der Patientinnen, andere zu schädigen, umbringen zu müssen, in Blasphemien und reaktiven Wasch-, Kontroll-, Frage-, Rechtfertigungs- und Wiederholungszwängen.

3.2. Literaturverzeichnis

- 1 ABRAHAM, K.: Über ein kompliziertes Zeremoniell neurotischer Frauen. Zbl. Psychoanal. 2, 421 - 425 (1912)
- 2 ABRAHAM, K.: Ergänzungen zur Lehre vom Analcharakter. Zschr. Psychoanal. 9, (1923)
- 3 ADLER, A.: Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose. In: Heilen und Bilden, 2. Aufl., 18 - 25, München 1922
- 4 ADLER, A.: Die Macht als Lebensziel. In: Praxis und Theorie der Individualpsychologie, 4 - 6, München 1927
- 5 ADLER, A.: Struktur und Behandlung der Zwangsneurose. 5. Internat. Kongreß f. Individualpsychol., Berlin 1930. Zbl. Neurol. 58, 361 - 362 (1931)
- 6 ADORNO, T.W., FRENKEL-BRUNSWIK, E., LEVISON, D.J., and SANFORD, R.N.: The Authoritarian Personality. New York 1950
- 7 AFFEMANN, R.: Das Über-Ich bei FREUD. Psyche 9, 190 - 203 (1955/56)
- 8 Aggression im Meinungsstreit. Selecta 12, 1804 - 1814, 1925 - 1930, 2027 - 2036, 2125 - 2129, 2208 - 2212, 2303 - 2307 (1970)
- 9 ALEXANDER, F.: Psychosomatische Medizin. 2. Aufl., Berlin, New York 1971
- 10 BALLY, G.: Einführung in die Psychoanalyse Sigmund Freuds. Reinbeck 1961
- 11 BANDURA, A., and WALTERS, R.H.: Adolescent Aggression. New York 1959
- 12 BECKER, A.M.: Möglichkeiten und Grenzen des Vergleichens von menschlichem und tierischem Verhalten. Psyche 12, 170 - 197 (1958/59)
- 13 BERKOWITZ, L.: Aggression. New York, Toronto, San Francisco, London 1962

- 14 BERNA, J.: Eine Zwangsneurose in statu nascendi. Psyche 4, 289 - 290 (1950/51)
- 15 BERNA, J.: Kinderanalyse eines Aggressiven. Psyche 9, 172 - 189 (1955/56)
- 16 BINDER, H.: Zur Psychologie der Zwangsvorgänge. Berlin 1936
- 17 BLEULER, E.: Zwangsneurosen. In: Lehrbuch der Psychiatrie, 10. Aufl., 468 - 471, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1960
- 18 BOEHM, F.: Angst und Schuldgefühl im Leben des Einzelnen und der Gemeinschaft. Psyche 5, 451 - 462 (1951/52)
- 19 BRÄUTIGAM, W.: Exploration - biographische Anamnese - Interview. In: Reaktionen, Neurosen, Psychopathien, 14 - 23, Stuttgart 1968
- 20 BRÄUTIGAM, W.: Zur epileptischen Wesensveränderung. Psyche 5, 523 - 543 (1951/52)
- 21 BRÄUTIGAM, W.: Zwangsneurose. In: Reaktionen, Neurosen, Psychopathien, 85 - 91, Stuttgart 1968
- 22 BRÄUTIGAM, W.: Zwanghafte Neurosenstruktur. In: Reaktionen, Neurosen, Psychopathien, 123 - 125, Stuttgart 1968
- 23 BRAST, R.: Beitrag zur Zwangsneurose in Kindesalter und Pubertät. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiatr. 49, 313 - 347 (1968)
- 24 BRENNER, Ch.: Der psychoanalytische Begriff der Aggression. Psyche 25, 417 - 433 (1971)
- 25 BRUN, R.: Über Freuds Hypothese vom Todestrieb. Psyche 7, 81 - 111 (1953/54)
- 26 BUSS, A.H.: The Psychology of Aggression. New York, London 1961
- 27 BUSS, A.H., FISCHER, H., and SIMMONDS, A.J.: Aggression and Hostility in Psychiatric Patients. J. consult. Psychol. 26, 84 - 89 (1962)
- 28 CHRISTIAN, P.: Herz und Kreislauf. In: Hbch. Neurosenlehre, Bd. II, 495 - 516, München, Berlin 1959

- 29 DENKER, R.: Aufklärung über Aggression. 2. Aufl., Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1968
- 30 DOLLARD, J., DOOB, L., MILLER, N., MOWRER, O., and SEARS, R.: Frustration and Aggression. New Haven 1939
- 31 DÜHRSEN, A.: Zur Frage der Häufigkeit zwangsneurotischer und hysterischer Strukturen bei Männern und Frauen. Zschr. Psychother. Med. Psychol. 1, 247 - 253 (1951)
- 32 DÜHRSEN, A.: Die psychotherapeutische Nachbehandlung bei leukotomierten Zwangskranken. Zschr. Psychother. Med. Psychol. 1, 30 - 50 (1951)
- 33 DÜHRSEN, A.: Zum Problem der psychogenen Eßstörung. Psyche 4, 56 - 72 (1950/51)
- 34 DÜHRSEN, A.: Die Problematik der Zwangsneurose anhand von Kinderfällen. Praxis Kinderpsychol., Kinderpsychiatr. 3, 1 - 5 (1954)
- 35 EIBL-EIBESFELD, I.: Liebe und Haß. Zur Naturgeschichte elementarer Verhaltensweisen. München 1970
- 36 ELHARDT, S.: Über gesunde und neurotische "Aggression". Zschr. Psychosom. Med. Psychoanal. 14, 175- 187 (1968)
- 37 ERIKSON, E.H.: Die Ontogenese der Ritualisierung. Psyche 22, 482 - 502 (1968)
- 38 FESHBACH, S.: The Function of Aggression and the Regulation of Aggressive Drive. Psychol. Rev. 71, 257 - 272 (1964)
- 39 FORSSMAN, H.: The Anancastic Syndrome. Act. Psychiatr. scand. 39, 208 - 217 (1963)
- 40 FRENCH, H.: The Integration of Behaviour. Vol. I, Basic Postulates. Chicago 1952
- 41 FREUD, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen. München 1964
- 42 FREUD, A.: Aggression in Relation to Emotional Development: Normal and pathological. In: The Psychoanalytic Study of the Child III/IV, 37-42, New York 1949

- 43 FREUD, S.: Die Abwehr-Neuropsychosen. (1894). Ges.W. Bd. I, 59 - 74, London 1952
- 44 FREUD, S.: Les obsessions et phobies. (1895). Ges. W. Bd. I, 343 - 353, London 1952
- 45 FREUD, S.: Wesen und Mechanismus der Zwangsneurose. (1896). Ges. W. Bd. I, 385 - 391, London 1952
- 46 FREUD, S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. (1905). Ges. W. Bd. V, 27 - 145, London 1942
- 47 FREUD, S.: Meine Ansichten über die Rolle der Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. (1905). Ges.W. Bd. V, 147 - 159, London 1942
- 48 FREUD, S.: Zwangshandlungen und Religionsübungen. (1907). Ges.W. Bd. VII, 127 - 139, London 1941
- 49 FREUD, S.: Charakter und Analerotik. (1908). Ges.W. Bd. VII, 201 - 209, London 1941
- 50 FREUD, S.: Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. (1909). Ges.W. Bd. VII, 375 - 463, London 1941
- 51 FREUD, S.: Über neurotische Erkrankungstypen. (1912). Ges. W. Bd. VIII, 321 - 330, London 1943
- 52 FREUD, S.: Die Disposition zur Zwangsneurose. (1913). Ges.W. Bd. VIII, 442 - 452, London 1943
- 53 FREUD, S.: Zur Einführung des Narzißmus. (1914). Ges.W. Bd. X, 137 - 170, London 1946
- 54 FREUD, S.: Triebe und Tribschicksale. (1915). Ges.W. Bd. X, 209 - 232, London 1946
- 55 FREUD, S.: Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit. (1915). Ges.W. Bd. X, 363 - 391, London 1946
- 56 FREUD, S.: Jenseits des Lustprinzips. (1920). Ges.W. Bd. XIII, 1 - 69, London 1940

- 57 FREUD, S.: Das Ich und das Es. (1923). Ges.W. Bd. XIII, 235 - 289, London 1940
- 58 FREUD, S.: 'Selbstdarstellung'. (1925). Ges.W. Bd. XIV, 31 - 97, London 1948
- 59 FREUD, S.: Hemmung, Symptom und Angst. (1926). Ges.W. Bd. XIV, 111 - 205, London 1948
- 60 FREUD, S.: Abriß der Psychoanalyse. (1938). Ges. W. Bd. XVII, 63 - 138, London 1941
- 61 FRIEDRICHS, H.: Das Psychische Trauma. Psyche 3, 818 - 831 (1949/50)
- 62 FRÜHMANN, E.: Anthropologie der Person und Analytische Psychotherapie. In: Hbch. Neurosenlehre Bd. III, 569 - 588, München, Berlin 1959
- 63 GARMA, A.: Die Pathogenese des Kopfschmerzes. Psyche 9, 414 - 435 (1955/56)
- 64 GARMA, A.: Im Bereich des Todestriebes. Psyche 25, 433 - 452 (1971)
- 65 GEBSATTEL, V.E. v.: Die anankastische Fehlhaltung. In: Hbch. Neurosenlehre Bd. II, 125 - 142, München, Berlin 1959
- 66 GEIST, W.: Analytische Situation und zwischenmenschliche Beziehung untersucht am Behandlungsverlauf einer Zwangsneurose. Psyche 8, 220 - 233 (1954/55)
- 67 GILLESPIE, W.H.: Aggression und Triebtheorie. Psyche 25, 452 - 463 (1971)
- 68 GLATZEL, H.: Ernährung (Neurotische Störungen im Bereich des Verdauungstrakts). In: Hbch. Neurosenlehre Bd. II, 428 - 480, München, Berlin 1959
- 69 GÖPPERT, H.: Zwangskrankheiten und Depersonalisation. Basel, New York 1960
- 70 GÖPPERT, H.: Zur Psychopathologie der Zwangskrankheit. In: Hbch. Psychol., Psychother., med.Anthropol. Bd. VII, 38 - 47, Freiburg, München 1960

- 71 GUTHEIL, E. A.: Aktive Psychoanalyse (STEKEL). In: Hbch. Neurosenlehre Bd. III, 159 - 170, München, Berlin 1959
- 72 HARTMANN, H., KRIS, E., and Loewenstein, R.: Notes on the Theory of Aggression. In: Psychoanalytic Study of the Child III/IV, 9 - 36, New York 1949
- 73 HEIGL-EVERS, A.: Aggressivität als Abwehrmechanismus: Die Identifizierung mit dem Angreifer. Zschr. Psychosom. 11, 91 - 104 (1965)
- 74 HEIMANN, P.: Bemerkungen zur analen Phase, Psyche 16, 420 - 439 (1962/63)
- 75 HELWIG, P.: Die gewünschte und die gewollte Welt. Zur psychologischen Charakterisierung des Hysterikers und des Zwangsneurotikers. Psyche 6, 561 - 576 (1952/53)
- 76 HERMANN, I.: Betrachtungen über Zwangsneurosen. Acta psychotherap. 8, 81 - 88 (1960)
- 77 HORN, K.: Über den Zusammenhang zwischen Angst und politischer Apathie. In: Aggression und Anpassung in der Industriegesellschaft, 59 - 74, Frankfurt 1968
- 78 HORNEY, K.: Der neurotische Mensch unserer Zeit. München 1951
- 79 IMMELMANN, K.: Ontogenetische Entwicklung sozialer Beziehungen bei Mensch und Tier. Naturwiss. Rundschau 24, 325 - 334 (1971)
- 80 JAKOB, H.: Wandlungen, Möglichkeiten und Grenzen der klinisch-psychiatrischen Exploration. In: Randzonen menschlichen Verhaltens, Festschrift für H. BÜRGER-PRINZ, 62 - 75, Stuttgart 1963
- 81 JANZ, D.: Wut und Anfallsgeschehen. Psyche 2, 97 - 120 (1948/49)
- 82 JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. 8. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg 1965
- 83 KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter. 22. Aufl. Berlin 1955
- 84 KUIPER, P.: Zwangsneurose. In: Die seelischen Krankheiten des Menschen, 192 - 227, Bern, Stuttgart 1968

- 85 KUNZ, H.: Die Aggressivität und die Zärtlichkeit. Bern 1946
- 86 LAMPL DE GROOT, J.: Symptombildung und Charakterbildung. Psyche 17, 1 - 22 (1963)
- 87 LANTOS, B.: Die zwei genetischen Ursprünge der Aggression und ihre Beziehungen zu Sublimierung und Neutralisierung. Psyche 12, 161 - 169 (1958/59)
- 88 LEVY, D.M.: Maternal Overprotection. Columbia 1943
- 89 LINCKE, H.: Bemerkungen zur Triebpsychologie der Ersatzbefriedigung und Sublimierung. Psyche 7, 501 - 520 (1953/54)
- 90 LOCH, W.: Die Symptombildung bei der Zwangsneurose. In: Die Krankheitslehre der Psychoanalyse, 128 - 138, Stuttgart 1967
- 91 LOCH, W.: Die Entstehung aggressiv-destruktiver Reaktionsbereitschaft. Psyche 24, 241 - 258 (1970)
- 92 LOPEZ-IBOR, J.J.: Zwang, Phobie und Skrupel. In: Hbch. Psychol., Psychother. Bd. IV, 92 - 101, München 1957
- 93 LORENZ, K.: Das sogenannte Böse. Wien, 1963
- 94 MANDEL, R.: Die Aggressivität bei Schülern. Bern, Stuttgart 1959
- 95 MARCUSE, H.: Aggressivität in der gegenwärtigen Industriegesellschaft. Neue Rundschau 78, 7 - 21 (1967)
- 96 MARKL, H.: Vom Eigennutz des Uneigennütigen. Die Evolution hochentwickelter Sozialsysteme im Tierreich. Naturwiss. Rundschau 24, 281 - 288 (1971)

- 97 MERZ, F.: Aggression und Aggressionstrieb. In: Hbch. Psychol. Bd. II, 569 - 601, Göttingen 1965
- 98 MILLER, N.E., SEARS, R.R., MOWRER, O.H., DOOB, L.W., DOLLARD, J.: Die Frustrations-Aggressionshypothese. In: THOMAE, H. (ed.): Die Motivation menschlichen Handelns, 205 - 210, Köln, Berlin 1965
- 99 MITSCHERLICH, A.: Aktuelles zum Problem der Verwahrlosung. Psyche 1, 103 - 118 (1947)
- 100 MITSCHERLICH, A.: Aggression und Anpassung. Psyche 10, 177 - 193 (1956) und Psyche 12, 523 - 537 (1958)
- 101 MITSCHERLICH, A.: Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft. München 1963
- 102 MITSCHERLICH, A.: Was ist und wozu führt Aggression? Süddeutsche Zeitung 25, 136 (1969)
- 103 MITSCHERLICH, A.: Rede zur Verleihung des Friedenspreises des deutschen Buchhandels in Frankfurt 1969. Süddeutsche Zeitung 25, 245 (1969)
- 104 MITSCHERLICH, A.: Die Idee des Friedens und die menschliche Aggressivität. Frankfurt 1969
- 105 MITSCHERLICH, A.: Psychoanalyse und die Aggression großer Gruppen. Psyche 25, 463 - 476 (1971)
- 106 MÜLLER-ECKHARD, H.: Zur Phänoanalyse des Zwangs. Psyche 8, 143 - 160 (1954/55)
- 107 NAVRATIL, L., und STROTZKA, H.: Die Mutter-Kind-Relation bei epileptischen Kindern. Arch. Psychiatr. u. Neurol. 4, 36 - 53 (1954)
- 108 PLACK, A.: Die Gesellschaft und das Böse. München 1967
- 109 POLSTORFF, F., u. KATSCHER, J.J.: Über kriminelle Zwangshandlungen. Fortschr. Neurol. 20, 340 - 350 (1952)

- 110 QUINT, H.: Über die Zwangsneurose. Göttingen 1971
- 111 REICH, W.: Charakteranalyse. Wien 1933
- 112 RICHTER, H.-E.: Eltern, Kind und Neurose. 2. Aufl. Reinbeck 1969
- 113 RICHTER, K.: Über einen Fall von gleichzeitigem Auftreten von Epilepsie und Zwangsphänomen. Nervenarzt 32, 279 - 281 (1961)
- 114 ROSENFELD, H.: Beitrag zur psychoanalytischen Theorie des Lebens- und Todestriebes aus klinischer Sicht: Eine Untersuchung der aggressiven Aspekte des Narzißmus. Psyche 25, 476 - 594 (1971)
- 115 SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. 7. Aufl. Stuttgart 1966
- 116 SCHOTTLAENDER, F.: Phobie. Eine Untersuchung über die Hintergründe der Neurose. Psyche 1, 167 - 188 (1947)
- 117 SCHULTZ-HENCKE, H.: Der gehemmte Mensch. 2. Aufl., Stuttgart 1947
- 118 SCHWIDDER, W.: Symptombild, Grundstruktur und Therapie der Zwangsneurose. Psyche 8, 126 - 142 (1954/55)
- 119 SCHWIDDER, W.: Neopsychoanalyse (SCHULTZ-HENCKE). In: Hbch. Neurosenlehre Bd. III, 171 - 220, München, Berlin 1959
- 120 SCOTT, J. P.: Aggression. Chicago 1958
- 121 SELG, H.: Diagnostik der Aggressivität. Göttingen 1968
- 122 SINGEISEN, F.: Analyse eines Zwangscharakters. Psyche 10, 277 - 293 (1956)
- 123 STEKEL, W.: Zwang und Zweifel. Wien 1927
- 124 STIERLIN, H.: Verstehen und wissenschaftliche Theorienbildung in der Psychoanalyse. Psyche 6, 389 - 400 (1952/53)
- 125 STORR, A.: Human Aggression. New York 1968
- 126 STRAUS, E.: Ein Beitrag zur Pathologie der Zwangsercheinungen. Mschr. Psychiatr. Neurol. 98, 61 - 101 (1938)

- 127 WALTER, E. J.: Begrifflicher Vergleich der tiefenpsychologischen Systeme von Adler, Jung und Freud. *Psyche* 2, 416 - 432 (1948/49)
- 128 WALTER, K.: Zur Psychopathologie von Zwangsphänomenen. *Nervenarzt* 26, 409 - 416 (1955)
- 129 WENDT, H.: Beitrag zur Pathogenese und Therapie der Enuresis nocturna. *Psychiatr., Neurol., Psychol.* 4, 48 - 53 (1952)
- 130 WILDER, J.: Bewegung. In: *Hbch. Neurosenlehre* Bd. II, 543 - 554, München, Berlin 1959
- 131 WYSS, D.: Zwangserrscheinungen bei organisch Erkrankten. *Psyche* 8, 468 - 480 (1954/55)
- 132 ZULLIGER, H.: Angstbewältigung vermittelt Schundphantasien. *Psyche* 4, 46 - 55 (1950/51)
- 133 ZULLIGER, H.: Zwangsneurotische Erscheinungen bei gesunden Kindern. In: *Jbch. Jugendpsychiatr.* Bd. I, 54 - 68, Bern (1956)

Allen Hochschullehrern, Kommilitonen und Kommilitoninnen, die mir bei der "Lösung des Aggressionskonflikts" geholfen haben, möchte ich an dieser Stelle herzlich danken.

Herrn Prof. Dr. med. H. Dietrich danke ich für die Überlassung des Themas und die großzügige Unterstützung bei der Ausarbeitung.

Herrn Priv.-Doz. Dr. med. E.-H. Romberg danke ich für zahlreiche Anregungen und wertvolle Ratschläge, sowie die Korrektur des Manuskripts.

Frau Bibliothekarin M. Wolf danke ich für ihre Hilfe bei der Zusammenstellung des Literaturverzeichnisses.

3. 3. Lebenslauf

Am 17. 9. 1945 wurde ich als zweite Tochter des Pädiaters Dr. med. Gerhard Rudolph und seiner Frau Nike, geb. Voelcker in Heidelberg geboren.

Von 1950 bis 1965 lebte ich bei meiner Großmutter väterlicherseits in Dortmund. Hier besuchte ich vier Jahre lang die Volksschule, neun Jahre lang das neusprachliche Käthe-Kollwitz-Gymnasium und legte 1965 die Reifeprüfung ab.

Von 1965 bis 1968 studierte ich sechs Semester Humanmedizin in Heidelberg, 1968 ein Semester in Montpellier/Frankreich und bestand nach weiteren fünf Semestern in München im Juni 1971 an der Ludwig-Maximilians-Universität die Ärztliche Prüfung.

Die Medizinalassistentenzeit absolvierte ich von Oktober 1971 bis Januar 1973 ebenfalls in München: sechs Monate an der Stiftsklinik Augustinum (Innere Medizin), vier Monate an der Chirurgischen Klinik der Universität und vier Monate am Max-Planck-Institut für Psychiatrie. Seit Februar 1973 bin ich am Max-Planck-Institut als Stipendiatin tätig.

Meine 1969 begonnene Dissertation schloß ich im März 1972 ab.

